

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**MARIANA VIEIRA VILLARINHO**

**EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOS  
TRABALHADORES DA SAÚDE ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS,  
EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFECTO  
CONTAGIOSAS DE SANTA CATARINA: NO PERÍODO DE  
1986 A 2006**

**FLORIANÓPOLIS  
2012**



**MARIANA VIEIRA VILLARINHO**

**EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOS  
TRABALHADORES DA SAÚDE ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS,  
EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFECTO  
CONTAGIOSAS DE SANTA CATARINA: NO PERÍODO DE  
1986 A 2006**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários para obtenção ao título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Linha de Pesquisa: História da Enfermagem e Saúde

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

**FLORIANÓPOLIS  
2012**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Villarinho, Mariana Vieira

Evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde às pessoas com HIV/aids, em um hospital referência em doenças infecto contagiosas de Santa Catarina: [tese] : no período de 1986 a 2006. / Mariana Vieira Villarinho ; orientadora, Maria Itayra Padilha - Florianópolis, SC, 2012.

287 p. ; 21cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Profissionais da saúde. 3. Enfermagem . 4. AIDS. 5. Biossegurança. I. Padilha, Maria Itayra . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

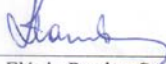
MARIANA VIEIRA VILLARINHO

**EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DOS  
TRABALHADORES DA SAÚDE ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS, EM  
UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM DOENÇAS  
INFECTOCONTAGIOSAS DE SANTA CATARINA: PERÍODO DE  
1986 a 2006**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:


**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 25 de outubro de 2012, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

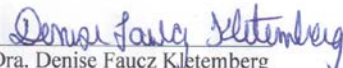
**Banca Examinadora:**



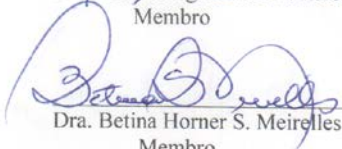
Dra. Maria Itayra Padilha  
Presidente



Dra. Maria Angélica de A. Peres  
Membro



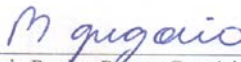
Dra. Denise Faucz Kjettemberg  
Membro



Dra. Betina Horner S. Meirelles  
Membro



Dra. Selma Regina de Andrade  
Membro



Dra. Vitória Regina Petters Gregório  
Membro



## Dedicatória

Dedico esta tese *aos meus pais, Wanderley e Maria Lúcia, pela cumplicidade e apoio durante todos os momentos importantes da minha vida, pelo carinho, amor e confiança em mim depositado, por terem me proporcionado com honestidade e simplicidade a base para a vida.*

*A vocês, dedico meu futuro e meu eterno obrigada.*





## AGRADECIMENTOS

Chegar a este momento vitorioso compartilho com vocês que não foi fácil, exigiu muito esforço, dedicação, disciplina, paciência e, sobretudo muita fé! Assim ao completar esta caminhada quero agradecer a muitas pessoas, que direta ou indiretamente me acompanharam e apoiaram nesta trajetória, de modo especial:

Aos meus pais, **Wanderley** e **Maria Lúcia**, pela presença constante e apoio incondicional em todos os momentos, felizes e difíceis. Pai e mãe, vocês são muitos especiais, foram fundamentais em mais esta conquista da minha vida e ficarão eternamente no meu coração. Muito obrigada. Amo vocês!

Ao meu grande irmão **Thiago**, por ser além de um irmão, um maravilhoso amigo, companheiro, compreensivo e incentivador. Por me fazer acreditar que os grandes problemas e obstáculos da vida são pequenos diante de uma verdadeira amizade. Obrigada, por sempre estar ao meu lado. Pode contar comigo!

Ao meu amado marido **Leandro**, por me transmitir força e coragem, por compartilhar comigo momentos de alegria e conquistas desde a época da graduação. Pela compreensão, companheirismo e bom humor nas horas difíceis. Pelas palavras, sorriso, silêncio, pelo respeito, pela torcida, por acreditar em mim, incentivar meus estudos, a vida acadêmica. Obrigada Lê por tornar meus dias, momentos intensos de felicidade e amor. Te amo!

À **Déde** que além de tia e madrinha sempre foi minha mãe de coração, por ajudar a cuidar de mim desde criança e estar sempre ao meu lado.

À **Tina**, uma grande prima, que durante todo período do doutorado com seu jeito divertido, semanalmente, cuidava da limpeza e organização da minha casa, o que foi essencial para conciliação do meu trabalho com meus estudos. Muito obrigada!

À minha querida orientadora, Dra. **Maria Itayra**, pela parceria, incentivo, confiança e disponibilidade desde a graduação.

Além de uma admirável professora, orientadora, és uma grande amiga, exemplo de mulher, determinada, segura e muito carinhosa. Obrigada por compartilhar comigo sua sabedoria. Com certeza sua preciosa orientação, seu apoio incondicional foram essenciais à conquista deste momento de vitória. Muito obrigada!

À prof. Dra. **Miriam Borenstein**, pela rica e gentil oportunidade que me concedeu ao conhecimento acerca da pesquisa histórica.

À prof. Dra. **Betina Meirelles**, pelo incentivo, disponibilidade de materiais e valiosas informações, contribuições referente a temática aids, desde sua participação na banca do meu mestrado e para a construção deste trabalho.

À prof. Dra. **Ana Rosete**, pessoa que tive o privilégio de conhecer na graduação. Por ter se revelado grande companheira, pela disponibilidade, carinho, apoio e amizade.

Aos membros da banca, Dras. **Maria Angélica de Almeida Peres, Betina H. S. Meirelles, Selma R. de Andrade, Vitória Regina Petters Gregório, Denise F. Kletemberg, Lina Márcia M. Berardinelli e Flávia Regina Souza Ramos**, que aceitaram prontamente ao meu convite para participar da banca, pela disponibilidade para contribuir com o aperfeiçoamento deste estudo.

As parceiras do **GEHCES** - Grupo de Estudos da História e Conhecimento em Enfermagem e Saúde -, a qual participo desde 2003, pelas múltiplas trocas de informação e aprofundamento do saber, pelo apoio constante, incentivo a cada encontro, pelos momentos de descontração, desabafos, alegrias que compartilhamos juntas.

Ao **HNR**, principalmente as pessoas do Setor de Recursos Humanos, da Direção e da Biblioteca da instituição pelo acolhimento e disponibilidade de informação, que foram fundamentais à realização desta pesquisa.

Aos **Trabalhadores da Saúde**, sujeitos deste estudo, que a partir do resgate a sua memória, dispuseram-se a contar sua história, a compartilhar suas experiências e vivências. A participação de vocês foi essencial a concretização deste estudo.

Aos **professores da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC**, que pela socialização de seus conhecimentos foram fundamentais para minha formação, por eu me orgulhar da enfermagem.

Aos **funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC**, pela disponibilidade no auxílio administrativo, em especial à **Claudia Crespi Garcia**, pela solicitude e apoio antes e durante todo o curso de doutorado.

Aos **colegas de turma do doutorado 2010**, parceiros na elaboração dos seminários, de um tempo do qual guardarei muitas e boas lembranças.

À **Diana** pelas transcrições das entrevistas.

Aos familiares, amigos, a todos que de algum modo torcem, vibram com as minhas conquistas e que não foram mencionados.

E finalmente, meu imensurável agradecimentos à **Deus**, por tudo que tem feito, por tudo que está fazendo e por tudo que há de fazer. Pelas bênçãos em minha vida, pela força, coragem que me dá a cada dia para lutar e vencer, para plantar e colher e para viver a vida rompendo em Fé. Muito Obrigada!



VILLARINHO, Mariana Vieira. **Evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde às pessoas com HIV/aids, em um hospital referência em doenças infecto contagiosas de Santa Catarina: no período de 1986 a 2006.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 287 p.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

Linha de Pesquisa: História da Enfermagem e Saúde

## RESUMO

Pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, que tem por objetivo geral compreender a partir das memórias dos trabalhadores da saúde, de um Hospital Referência em doenças infecto contagiosas, suas estratégias de biossegurança, práticas de cuidado, comportamentos diante às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 à 2006. Utilizamos como referencial teórico, o conceito de vulnerabilidade e risco, no contexto das práticas de saúde em meio ao surgimento da aids. O cenário do estudo foi o Hospital Nereu Ramos (HNR), serviço referência estadual em doenças infecto contagiosas e os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores da saúde que atuaram e vivenciaram, direta ou indiretamente, o cuidado às pessoas com HIV/aids, internadas na instituição, no período do estudo. Para a coleta de dados utilizamos como método-fonte, a História Oral, a partir de entrevistas semi-estruturadas com 23 trabalhadores da saúde, dentre estes quatro médicos, oito enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga. Para análise dos dados coletados, utilizamos o método da análise de conteúdo, proposto por Bardin. Conforme estabelece a Resolução nº 196/96 (CNS), foram observados todos os princípios éticos em todas as etapas do estudo. Os resultados obtidos foram apresentados na forma de quatro artigos. No primeiro, intitulado **“Risco e vulnerabilidade entre os trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids no período de 1986 a 2006”**, apresentamos algumas das situações de vulnerabilidade e risco vivenciada pelos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com a doença, em meio ao surgimento assustador da aids, no HNR, a destacar a *não adesão às medidas de biossegurança* caracterizada pela resistência ao uso dos Equipamentos de Proteção Individuais, reencape das agulhas contaminadas, descarte inadequado do material

perifurocortante, correria, agitação do serviço, assim como a *sobrecarga de trabalho* decorrente a falta de recursos humanos, agressividade e gravidade dos pacientes internados no início da epidemia, dupla jornada de trabalho que por sua vez levaram ao cansaço e falta de atenção. No segundo artigo, intitulado **“Estratégias de biossegurança dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 a 2006”**, identificamos em um cenário em que a real forma de transmissão do HIV era desconhecida, as principais mudanças, estratégias de biossegurança experienciadas e/ou desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde em suas práticas laborais, no sentido de minimizar e/ou evitar os acidentes de trabalho envolvendo material biológico possivelmente contaminado. A destacar a *busca pelo conhecimento sobre a aids*, assim como o *compartilhamento de tal conhecimento entre os profissionais da saúde* do HNR e demais instituições de Santa Catarina; o *processo de trabalho adequado*, mediante a *adoção das medidas de biossegurança*, a *atenção*, *cautela durante os procedimentos*, assim como, foram abordados as recomendações ministeriais, a partir de protocolos, com condutas pós-acidente, a fim de evitar a transmissibilidade do HIV, nas situações em que a exposição ocupacional não pode ser evitada; No terceiro artigo, intitulado **“Surgimento da aids e os sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde face a epidemia, no período de 1986 a 2006”**, apresentamos alguns dos sentimentos como medo, receio, angústia, e até discriminação pelos trabalhadores da saúde acerca da epidemia da aids, decorrente a falta de conhecimento e o fato da doença ter surgido de forma devastadora às pessoas por ela acometidas, assim como a percepção dos trabalhadores com relação aos sentimentos oriundos dos próprios pacientes e familiares, frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV, e da população diante ao surgimento da aids no HNR. E o quarto artigo, intitulado **“Percepção da aids pelos trabalhadores da saúde ao longo da epidemia, entre 1986 a 2006”**, analisamos a percepção dos trabalhadores acerca da aids, preponderantemente com relação a mudança do *perfil da doença ao longo da epidemia*, assim como as *políticas públicas de saúde em aids voltadas à organização dos serviços e melhorias da assistência as pessoas com a doença*, a partir da estruturação do HNR, da oferta a terapia anti-retroviral, do acesso precoce ao diagnóstico, dos direitos aos pacientes, conquistados com a criação das Organizações Não Governamentais, leis, portarias, comissões. Neste artigo, destaca-se ainda as *políticas públicas em aids voltadas à melhoria das condições de trabalho*, repercutindo significativamente em um *trabalho mais*

*seguro*, a partir da implementação dos Equipamentos de Proteção Individuais (materiais descartáveis), da quimioprofilaxia após acidente de trabalho, da vacinação contra Hepatite B, assim como em um trabalho *menos desgastante* no cuidado às pessoas com HIV/aids, pela contratação de mais funcionários, principalmente da enfermagem; diminuição da carga horária e a oferta da Terapia Anti-retroviral, a qual ampliou a sobrevida dos pacientes, que passaram a exigir menos cuidado dos trabalhadores da saúde. A conclusão do estudo confirma a tese defendida de que o conhecimento, as estratégias de biossegurança e a evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde as pessoas com HIV/aids foram influenciadas pelos avanços científicos sobre a doença, pelo contexto político, econômico, social e histórico em que a aids surgiu e evoluiu, assim como, pela expansão das políticas públicas de saúde, acerca da aids ao longo da epidemia.

**Descritores:** Profissionais da saúde; Enfermagem; AIDS; Biossegurança; História da saúde; Políticas públicas de saúde.





VILLARINHO, Mariana Vieira. **Evolution of care practices by health workers to people with HIV/AIDS in a referencial Hospital for infectious diseases in Santa Catarina during the period 1986-2006.** Thesis (Doctorate in Nursing) Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

## **ABSTRACT**

A socio-historical research with a qualitative approach, aimed at understanding, from the reports/memories of health workers, in an infectious-diseases reference hospital, of the biosecurity strategies of care practices and behaviors towards people with HIV/AIDS during the period 1986-2006. The concept of vulnerability and risk was used as theoretical framework in the context of health practices among the onset of AIDS, The study's scenario was the Hospital Nereu Ramos (HNR) state reference hospital in infectious diseases, the research subjects were health workers who worked and has experience, directly or indirectly, in the care of people with HIV/AIDS and was admitted to the institution during the study period. For the method of data collection, Oral History was used as the method-source to form semi-structured interviews with 23 health workers, which comprises of four doctors, eight nurses, four nursing technicians, three nursing assistants, a dentist, a nutritionist, a social worker and a psychologist. For data analysis, we used the method of content analysis proposed by Bardin. As established by Resolution No. 196/96 (CNS) all ethical principles in all phases of the study were observed. The results obtained are presented in the form of four articles. In the first, entitled **"Risk and vulnerability among health workers who provide care for people with HIV/AIDS during the period 1986-2006"**, highlights some of the risks and vulnerabilities faced by health workers in caring for people with the disease. Amid terrifying AIDS emergencies in HNR, the article emphasizes the non-adherence to the biosecurity measures characterized by resistance to the use of Personal Protective Equipment in the recapping of contaminated needles and improper disposal of sharp instruments due to the rush and excitement of service and work overload due to lack of human resources, aggressiveness and severity of patients admitted at the beginning of the epidemic and the duo workdays, which in turn led to fatigue and inattention. In the second article, entitled **"Strategies of health biosecurity in the care of people with HIV/AIDS during the period 1986-2006"**, a scenario was identified in which the actual form of HIV transmission was unknown, the major changes were

experienced by biosecurity strategies which were developed by health workers in their working practices in order to minimize and/or prevent occupational accidents with potentially contaminated biological material. It highlights *the interest in search studies and knowledge about AIDS* and the *exchange of knowledge among health professionals* of the HNR and other institutions of Santa Catarina, *the proper work process*, by adopting *biosecurity measures*, to raise *the attention and caution during procedures*, and also addresses the ministerial recommendations and protocols from post-accident conduct in order to prevent HIV transmission in situations where occupational exposure could not be avoided. The third article entitled **"The emergence of AIDS and feelings reported by health workers confronting the epidemic during the period 1986-2006"**, present some of the feelings such as fear, suspicion, anguish and even discrimination by health workers on the AIDS epidemic, due to the lack of knowledge and the fact that the disease appeared so devastating to those affected, it also extends to the perceptions by the health workers related to the patients themselves and their families, versus seropositive diagnosis of HIV by the onset of AIDS in the HNR. The fourth article, entitled **"Perceptions of health workers during the AIDS epidemic in 1986-2006"**, analyzes the perception of workers regarding AIDS, especially with respect to changes *in the profile of the disease during the epidemic*, as well as *public policy organization of health services and improved health care for people with the disease*, by the structuration of the HNR, the advent of antiretroviral therapy gave patients the right to access early diagnosis and achieved, with the creation of the NGOs, laws, ordinances and commissions. In this article, we highlight *AIDS public policies aimed at improving the working conditions*, impacting significantly, in a safer working environment by implementing the EPID (disposables), chemoprophylaxis after occupational accidents, hepatitis B vaccination and a less stressful job in caring for people with HIV/AIDS by hiring more employees, especially nurses, to reduce workload in the advent of antiretroviral therapy, which extends to survival patients who require fewer health workers care. The conclusion of the study confirms the views taken that knowledge, biosecurity strategies and developments in care practices developed and/or adapted for health care for people with HIV/AIDS were influenced by research and scientific developments on the disease for all the political, economic, social and historical context in which emerged and developed AIDS and the expansion of public health policies.

**Descriptors:** Health Professionals, Nursing, AIDS, biosecurity, health history, health policies.

VILLARINHO, Mariana Vieira. **Evaluación de las prácticas de cuidado de los trabajadores de salud hacia las personas con VIH/SIDA en un Hospital de referencia en enfermedades infecto-contagiosas de Santa Catarina: en el período de 1986 a 2006.** Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

## RESUMEN

Investigación socio-histórico con enfoque cualitativo, que tiene como objetivo general comprender a partir de las memorias de los trabajadores de salud de un Hospital Referencia en enfermedades infecto-contagiosas, sus estrategias de bioseguridad, prácticas de cuidado, comportamientos frente a las personas con VIH/SIDA en el período de 1986 a 2006. Utilizamos como marco referencial teórico, el concepto de vulnerabilidad y riesgo, en el contexto de las prácticas de salud en medio de la aparición del SIDA. El escenario del estudio fue el Hospital Nereu Ramos, referencia estatal en enfermedades infecciosas y los sujetos de la investigación fueron los agentes de salud que trabajaban y vivenciaban, directa o indirectamente, el cuidado de personas con VIH/SIDA, internadas en la institución durante el período de estudio. Para el método de recolección de datos se utilizó como método-fuente, la *História oral*, a partir de entrevistas semi-estructuradas con 23 trabajadores de salud, entre estos cuatro médicos, ocho enfermeras, cuatro técnicos de enfermería, tres auxiliares de enfermería, un dentista, un nutricionista, un trabajador social y una psicóloga. Para el análisis de los datos, se utilizó el método de análisis de contenido propuesto por Bardin. Según lo establecido por la Resolución N ° 196/96 (CNS) se observaron todos los principios éticos en todas las fases del estudio. Los resultados obtenidos se presentaron en la forma de cuatro artículos. En el primero, titulado **"Riesgo y vulnerabilidad entre los trabajadores de salud que brindan cuidado a las personas con VIH/SIDA en el período de 1986 hasta 2006"**, presentamos algunas de las situaciones de vulnerabilidad y riesgo que sufren los trabajadores de salud en la atención a las personas con la enfermedad, en medio de la emergencia aterradora del SIDA, en el HNR, se enfatiza la *no adhesión a las medidas de bioseguridad* caracteriza por la resistencia a la utilización de Equipos de Protección Individual, volver a tapar las agujas contaminadas, la eliminación inadecuada de los objetos punzocortantes,

la prisa, la agitación del servicio, así como *sobrecarga de trabajo* debido a la falta de recursos humanos, la agresividad y la gravedad de los pacientes internados en el inicio de la epidemia, la dupla jornada laboral, que a su vez condujo a la fatiga y la falta de atención. En el segundo artículo, titulado **"Estrategias de bioseguridad de los trabajadores de salud en el cuidado de las personas con VIH/SIDA en el período de 1986 a 2006"**, identificamos en un escenario en el que la forma real de transmisión del VIH era desconocido, los principales cambios, estrategias de bioseguridad experimentadas y/o desarrolladas por los trabajadores de salud en sus prácticas de trabajo con el fin de minimizar y/o prevenir los accidentes de trabajo con material biológico potencialmente contaminado. Se resalta el interés por la *búsqueda de conocimiento sobre el SIDA*, así como el *intercambio de conocimiento entre los profesionales de la salud* del HNR y otras instituciones de SC; *proceso de trabajo adecuado*, mediante la *adopción de medidas de bioseguridad adecuadas, atención, cautela durante los procedimientos*, así como se abordaron las recomendaciones ministeriales , a partir de protocolos con conductas post-accidente, con el fin de prevenir la transmisión del VIH en situaciones donde la exposición ocupacional no pudiese ser evitada; En el tercer artículo titulado **"El surgimiento del SIDA y los sentimientos relatados por los trabajadores de salud y su enfrentamiento a la epidemia en el período de 1986 a 2006"**, se presentan algunos de los sentimientos como el miedo, el recelo, la angustia, e incluso la discriminación de los trabajadores de salud acerca de la epidemia del SIDA, debido a la falta de conocimiento y el hecho de que la enfermedad se presentó de manera tan devastadora para las personas afectadas, así como la percepción de los trabajadores con relación a los sentimientos de los propios pacientes y familiares, frente al diagnóstico seropositivo para el VIH, y de la población mediante de aparición del SIDA en el HNR. Y el cuarto artículo, titulado **"Percepción de SIDA por los trabajadores de la salud durante la epidemia de 1986 a 2006"**, que analiza la percepción de los trabajadores sobre el SIDA, sobre todo con respecto a los cambios en el perfil de la enfermedad durante la epidemia, así como las políticas públicas de salud organización de los servicios, así como las mejoras de asistencia a las atención personas con la enfermedad con la enfermedad, a partir de la estructuración de HNR, la llegada de la terapia antirretroviral, el acceso al diagnóstico temprano, los derechos del paciente, logrado con la creación de las Organizaciones No Gubernamentales , las leyes, ordenanzas, comisiones. En este artículo, se destacan las políticas públicas sobre el dirigidos a mejorar las

condiciones de trabajo, impactando significativamente en un trabajo más seguro, a partir de la implementación del EPId (materiales desechables), de quimioprofilaxis después de accidente de trabajo, la vacunación contra la hepatitis B, así como un trabajo menos estresante en el cuidado de las personas con VIH/SIDA, mediante la contratación de más empleados, especialmente de enfermería, disminución del volumen de trabajo y la llegada de la terapia antirretroviral, que extendió la supervivencia de los pacientes con que requieren menos de los trabajadores de la salud. La conclusión del estudio confirma la tesis defendida que los conocimientos, las estrategias de bioseguridad y la evolución de las prácticas de cuidado desarrolladas y/o adaptadas por la atención sanitaria a las personas con VIH / SIDA fueron influenciados por la investigación, los avances científicos sobre la enfermedad, para todo el contexto político, económico, social e histórico en que surgió y se desarrolló el SIDA, así como la expansión de las políticas de salud pública, sobre el SIDA a lo largo de la epidemia de SIDA.

**Descriptores:** Profesionales de salud, Enfermería, SIDA; la bioseguridad; Historia de la salud, las políticas en la salud.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS - Acquired immunodeficiency syndrome – síndrome da imunodeficiência adquirida  
ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids  
ADT - Assistência Domiciliar Terapêutica  
ARV - Antirretroviral  
APAT - Associação de Prevenção de Acidentes do Trabalho  
CCIH - Controle de Infecção Hospitalar  
CDC - Center of Disease Control  
CS - Centro de Saúde  
CN-DST/Aids - Coordenação Nacional de DST/Aids  
CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento  
COAS - Centros de Orientação e Apoio Sorológico  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CEO - Centro de Especialidades Odontológica  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas  
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho  
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho  
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes  
CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
DAPS - Departamento Autônomo de Saúde Pública  
DIVE/SC - Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina  
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde  
EPI - Equipamento de Proteção Individual  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
ESB - Equipe de Saúde Bucal  
EUA – Estados Unidos da América  
FHSC - Fundação Hospitalar de Santa Catarina

FAÇA - Fundação Açoriana para o Controle da Aids  
GEHCES - Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde  
GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS  
VIDDA - Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida  
HNR - Hospital Nereu Ramos  
HD - Hospitais-Dia  
HIJG - Hospital Infantil Joana de Gusmão  
HRSJ - Hospital Regional de São José  
HO - História Oral  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS - Instituto Nacional de Atenção Médica e Previdência Social  
LACEN/SC - Laboratório Central de Saúde Pública  
LAMUF - Laboratório Municipal de Florianópolis  
MS - Ministério da Saúde  
MERCOSUL – Mercado Comum do Sul  
MET - Ministério do Trabalho e Emprego  
NHE - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NR - Norma Regulamentadora  
ONG - Organização Não Governamentais  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
PM-DST/Aids - Programa Municipal de DST/Aids  
PN-DST/Aids - Programa Nacional de DST/Aids  
PPC - Pneumonia por *Pneumocystis carinii*  
PP - Prevenção Padrão  
POA - Plano Operativo Anual  
PAM - Plano de Ações e Metas  
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis



PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde  
RD - Redução de Danos  
ST - Saúde do Trabalhador  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SAE – Serviço de Assistência Especializada  
SIPAC - Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade  
SC - Santa Catarina  
SES/SC - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SINAN - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UDI - Usuários de Drogas Injetáveis  
UDM - Unidades Dispensadoras de Medicamentos  
UPAs - Unidade de Pronto Atendimento  
VE – Vigilância Epidemiológica  
AZT - Zidovudina



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Casos de aids adulto segundo município de residência e ano de diagnóstico nos 50 municípios com maior número de casos, SC, 1984-2011.....	58
<b>Quadro 2</b> - Municípios com 1º caso de AIDS notificado, Santa Catarina, 2006-2011.....	59
<b>Quadro 3</b> – Quantitativo de Centro de Saúde e ESF por Distrito Sanitário e população estimada no Município de Florianópolis, Santa Catarina, 2012.....	68
<b>Quadro 4</b> – Relação dos profissionais entrevistados, com a idade, procedência e tempo de atuação no HNR. ....	106



## LISTA DE GRÁFICO

<b>Gráfico 1</b> - Número de casos notificados de aids em crianças, segundo ano de diagnóstico, Santa Catarina, 1988 a 2011. ....	60
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>23</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>27</b>
<b>LISTA DE GRÁFICO .....</b>	<b>29</b>
<b>1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DO ESTUDO .....</b>	<b>33</b>
<b>2 BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS: REVISANDO A LITERATURA .....</b>	<b>41</b>
2.1 NO MUNDO.....	41
2.2 NO BRASIL .....	45
2.3 EM SANTA CATARINA .....	56
2.4 EM FLORIANÓPOLIS .....	67
<b>3 BASES FUNDAMENTAIS DO ESTUDO.....</b>	<b>75</b>
3.1 CONTEXTUALIZANDO O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E RISCOS E AS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	75
3.2 RISCO BIOLÓGICO E VULNERABILIDADE: VIVENCIA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DO SEU PROCESSO DE TRABALHO EM TEMPOS DE HIV/AIDS.....	81
3.3 BIOSSEGURANÇA: CUIDADO DE SI COMO ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR O ACIDENTE DE TRABALHO ENVOLVENDO RISCO BIOLÓGICO .....	87
3.4 TRABALHADOR DA SAÚDE E A CONDUTA FRENTE AO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO .....	93
<b>4 BASES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>101</b>
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA .....	101
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO .....	103
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	104
4.4 COLETA DE DADOS.....	107
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	109
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	112
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>115</b>
5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	115
<b>5.1.1 Artigo 01 - Risco e vulnerabilidade entre os trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids no período de 1986 a 2006 .....</b>	<b>116</b>

5.1.2 Artigo 2 - Estratégias de biossegurança dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 - 2006 .....	142
5.1.3 Artigo 3 - Surgimento da aids e os sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde face a epidemia ( 1986 – 2006) .....	171
5.1.4 Artigo 4 - Percepção da aids pelos trabalhadores da saúde ao longo da epidemia (1986 – 2006) .....	192
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	225
REFERÊNCIAS .....	231
APÊNDICES .....	263
ANEXOS .....	271



## 1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DO ESTUDO

O conhecimento sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids<sup>1</sup>), pelas pessoas, no seu surgimento na década de 1980 foi o de associar que a epidemia da aids, vinculava-se a comportamentos até então julgados como pecaminosos, a exemplo do uso de drogas injetáveis, homossexualidade e prostituição. A aids ao estar relacionada com a sexualidade, por ser uma doença nova, que não se conhecia a real forma de transmissão e devastadora ao organismo causou muito medo, pânico, rejeição. Neste contexto é oportuno ressaltarmos ainda que a mídia, a partir da disseminação de informações distorcidas acerca da aids teve um papel determinante à discriminação das pessoas com a doença, rotulando-as como grupo de risco.

Para Meirelles (2003), o fato da aids ter sido associada a comportamentos marginalizados socialmente contribuiu para que sentimentos como preconceito, estigma fossem transferidos às pessoas com a doença. Inevitavelmente, atitudes para evitar a marginalização foram trabalhadas com a população, incluso neste contexto, os trabalhadores da saúde, tendo em vista que foram estes os profissionais que atuaram fortemente, desde o início da epidemia, no cuidado aos pacientes com HIV/aids e que passaram por todo medo, decorrente do desconhecido.

Apesar da transmissão do HIV, em seu início, estar associada aos considerados grupos de riscos, foi percebida ainda como potencial risco de infecção aos trabalhadores da saúde, tendo em vista sua exposição direta ao sangue, entre outros fluídos corpóreos na prestação do cuidado aos pacientes com HIV/aids. Não é de se estranhar assim, que com o surgimento da aids, maior ênfase passou a ser dada à exposição dos trabalhadores da saúde ao material sanguíneo possivelmente contaminado.

A prevenção ocupacional da infecção pelo HIV, tornou-se então um grande desafio aos profissionais do Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Saúde Ocupacional, depois do primeiro caso de transmissão ocupacional da infecção pelo HIV, em uma enfermeira, por acidente com material perfurocortante, documentado em 1984, na Inglaterra

---

<sup>1</sup> De acordo com o Programa Nacional de DST e Aids, a palavra aids deve ser escrita em caixa baixa (letra minúscula) quando utilizada em texto por se tratar de um substantivo comum, já dicionarizado no Brasil.

(SANTOS; MONTEIRO; RUIZ, 2002). No Brasil, o primeiro caso de transmissão ocupacional foi notificado em 1997, referindo-se à uma auxiliar de enfermagem que contraiu o vírus HIV, decorrente a um acidente de trabalho ocorrido em 1994, em São Paulo (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011).

Neste contexto e frente a real forma de transmissão ocupacional do HIV surge a preocupação e por consequência grandes mobilizações da sociedade civil, dos órgãos governamentais, incluso gestores e instituições de saúde, assim como da comunidade científica, na busca de estratégias, medidas de biossegurança a serem adotadas pelos trabalhadores da saúde em suas práticas de cuidado junto do paciente.

O advento da aids e com ela, a possível transmissão ocupacional, decorrente do acidente de trabalho envolvendo exposição a material biológico fez com que o Center of Disease Control (CDC), focasse ainda mais sua atenção nas recomendações à segurança dos profissionais da saúde. Neste sentido, as mesmas foram preconizadas e periodicamente revisadas, alteradas, considerando a epidemiologia da doença e, sobretudo, os avanços, a inovação de conhecimentos, as políticas públicas de saúde acerca da aids, ao longo da epidemia (CDC, 2005).

Koerich et al. (2006) ressaltam que a forma como os trabalhadores da saúde percebem os riscos biológicos e o cuidar de si, traz à tona a importância de se discutir estratégias de biossegurança e de incluí-las na discussão do conceito ampliado de saúde, o que implica em pensar qualidade de vida. O cuidado de si, segundo Silva et al. (2009) envolve ainda questões acerca de comportamentos e possibilidades, a exemplo da adoção das medidas de biossegurança, com vistas à promoção da saúde, bem estar e qualidade de vida do trabalhador. Para um processo de trabalho adequado, as medidas de biossegurança, não perpassam o uso apenas do Equipamento de Proteção Individual (EPI), uma vez que incluem responsabilidades não só dos trabalhadores, mas também dos gestores e das instituições de saúde na disponibilização de treinamentos, educação continuada, na contratação de recursos materiais e humanos, entre outros.

Ainda com relação a um processo de trabalho adequado favorecendo na minimização dos acidentes de trabalho envolvendo material biológico possivelmente contaminado, estudos ratificam que em consequência ao advento da aids, maior importância foi dada a atenção, cautela durante os procedimentos, assim como recomendação quanto à manipulação cuidadosa de objetos cortantes e pontiagudos, como o não reencapar, entortar, quebrar ou retirar agulhas das seringas e

descartá-las em recipientes resistentes imediatamente após o uso (GIR et al., 2005; GIR et al., 2000; NEVES et al., 2009).

No âmbito da saúde do trabalhador, não há como deixar de mencionarmos o quanto as mudanças, adaptações e estratégias foram necessárias no decorrer das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde, para um exercício profissional mais seguro e menos desgastante. Gir et al. (2005) ratificam tal questão ao enfatizar que o advento da aids trouxe consigo a atuação das entidades governamentais, dos programas, políticas ministeriais à proteção dos trabalhadores da saúde em sua prática laboral. Antes do surgimento da doença e no início da mesma, não era preconizado o uso dos equipamentos de segurança, inclusive da luva, sendo esta, utilizada apenas as cirúrgicas e para alguns procedimentos.

Diante do contexto, cabe ressaltarmos o quanto o surgimento da aids, fortalecido pelos movimentos sociais em resposta à epidemia foi determinante para o reconhecimento do governo federal e suas instâncias estaduais e municipais, na implementação de políticas públicas voltadas tanto à organização dos serviços, à melhoria da assistência as pessoas com HIV/aids, a partir do acesso a terapia com antirretroviral, das conquistas com a criação das Organizações Não Governamentais (ONGs), quanto às condições de trabalho dos profissionais da saúde, no cuidado prestado as pessoas com a doença. Tal realidade não foi diferente ao Hospital Nereu Ramos (HNR), cenário deste estudo e aos seus funcionários, sobretudo os da saúde, que além das dificuldades relacionadas a falta de recursos materiais e humanos, vivenciaram todo o medo, estigma e preconceito da sociedade frente a epidemia.

No início da epidemia, as internações das pessoas com HIV/aids no HNR, localizado em Florianópolis, causaram grande perplexidade para a sociedade, imprensa, e até mesmo para os funcionários do hospital. De forma a atender às necessidades e desafios colocados pela epidemia da aids e para atender a crescente demanda de pessoas com a doença que procuravam a instituição, a equipe de saúde e administrativa do HNR, apesar de pequena, teve a necessidade urgente de criar e estruturar o serviço para a assistência às pessoas acometidas pela aids. Assim, a Instituição sofreu inúmeras reestruturações, de ordem física e organizacional, sendo que algumas dessas ocorreram de forma não planejada, respondendo às necessidades, exigências e desafios colocados na época pela doença (MIRANDA, 2003).

No entanto, por ser considerada uma instituição de referência no atendimento as doenças infecto contagiosas, com o advento da aids e em

meio as mobilizações da sociedade civil, o HNR esteve sempre a frente das políticas públicas de saúde voltadas à organização dos serviços em aids e por sua vez à melhoria da assistência às pessoas com a doença. De acordo com Fonseca (2005) o conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência sempre esteve no escopo das políticas públicas de saúde. Não é a toa que tais políticas e estudos culminaram na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, assim como tiveram um preponderante papel na organização, na melhoria dos serviços de assistência às pessoas com HIV/aids (MELCHIOR et al., 2006).

Neste contexto é oportuno salientar ainda que as políticas públicas, as pesquisas e avanços em torno da epidemia repercutiram também positivamente nas práticas laborais dos trabalhadores da saúde, no âmbito do cuidado prestado aos pacientes com HIV/aids. Pois, em consequência ao surgimento da aids, maior preocupação se teve com as políticas públicas voltadas à biossegurança dos trabalhadores da saúde, assim como com a estruturação e organização dos serviços, que por sua vez contribuíram para redução da sobrecarga de trabalho (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

Além dos aspectos relacionados, considero oportuno e de grande relevância discorrer que a minha aproximação com a temática - aids - vem desde o início da minha formação profissional, quando, ainda como aluna do curso de graduação em enfermagem fui estagiária no Programa Municipal de DST/Aids (PM-DST/Aids) de Florianópolis, no ano de 2004. No ano seguinte (2005), já como enfermeira, continuei a trabalhar no PM-DST/Aids, no planejamento, execução e avaliação de ações de atenção primária, campanhas, treinamentos, ações de vigilância epidemiológica, com investigação e notificação dos casos de aids no município, entre outras. Neste mesmo, ano até 2007, atuei como enfermeira, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Centro de Saúde (CS) da Agrônômica (Florianópolis/SC), local este que prestava atendimento, a partir das consultas de enfermagem, às pessoas soropositivos para o HIV, assim como realizava pré e pós-aconselhamento para o Teste Anti-HIV.

Tal situação instigava-me, tanto, que ao iniciar o Curso de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), de 2006 à 2007, trabalhamos com a temática “História de vida das famílias: mãe e filho soropositivo para o HIV”. Este estudo, que teve como referencial metodológico a pesquisa histórica e fonte para coleta dos dados, a História de Vida, abordamos as estratégias desenvolvidas pelas famílias

para conviver com o HIV, assim como, com a criança/filho também HIV positivo (VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009). Cabe ressaltar ainda, que ao longo do curso de mestrado foi oferecida a disciplina de Prática Assistencial, a qual serviu de embasamento à construção da dissertação, e que foi bastante oportuna, uma vez que permitiu os primeiros encontros/vínculos, com as mães HIV positivo (VIEIRA; PADILHA, 2007).

O interesse pelo assunto, estendeu-se ainda ao ano de 2006, durante a especialização *Latu Sensu* em Enfermagem do Trabalho, a qual estudei para monografia de conclusão do curso “HIV e suas repercussões aos trabalhadores de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante” (VIEIRA; PADILHA, 2008). Então, já como enfermeira do trabalho, interessada em aprofundar os conhecimentos acerca da minha área de atuação profissional e de sua relação com o HIV/aids, realizei a especialização *Latu Sensu* em Saúde do Trabalhador (2009), onde originou como trabalho de conclusão de curso um artigo intitulado “Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde” (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

Ao iniciar o Curso de Doutorado, dando continuidade a temática HIV/aids e trabalhadores da saúde e tendo em vista a repercussão do advento da epidemia da aids nas práticas de cuidado pelos trabalhadores da saúde as pessoas com a doença, assim como a vinculação com a linha da pesquisa histórica – foco nas memórias, decidimos trabalhar com a “evolução das práticas de cuidado às pessoas com HIV/aids, a partir das memórias dos trabalhadores da saúde do HNR, no período de 1986 à 2006”. A pesquisa histórica, vincula-se a linha de pesquisa História em Enfermagem e Saúde do PEN/UFSC, articulada ao Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), o qual participo desde o ano de 2003.

A opção de (re)construir a história deste período, 1986 à 2006, deve-se ao primeiro caso notificado de aids no município de Florianópolis, embora as primeiras internações por diagnóstico de HIV/aids no HNR, terem ocorrido em 1985. O recorte final até 2006, justifica-se aos inúmeros e grandes acontecimentos, nestes vinte anos de epidemia, como o fechamento do Ambulatório de DST/aids de Florianópolis, em virtude da descentralização do serviço de aids no município, bem como a implantação em 2006, no HNR, do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) (SANTA CATARINA, 2007) que tem por objetivo atender a demanda de ações de vigilância, no âmbito hospitalar.

Compreender a evolução das práticas de cuidado as pessoas com

HIV/aids, internadas no HNR, a partir das memórias dos trabalhadores da saúde, no período de 1986 à 2006, nos remete a refletir sobre todo contexto político, social, econômico e histórico em que a aids surgiu e evoluiu.

Assim o desejo de desenvolver esta pesquisa com trabalhadores da saúde, orientando-se pelas suas histórias e memórias deve-se por compreender o quanto estas lembranças e experiências, acerca das suas práticas de cuidado junto aos pacientes com HIV/aids, ao longo da epidemia, revelam a importância e a influência dos avanços, das pesquisas, das políticas públicas de saúde e de todo contexto político, econômico, social e histórico da epidemia da aids, na evolução das práticas de cuidado. Logo, é de suma relevância estudar, resgatar o passado, as memórias dos trabalhadores da saúde, para melhor compreender seus modos de cuidar, assim como sua percepção acerca da epidemia da aids desde seu surgimento, no que diz respeito aos riscos, situações de vulnerabilidade, estratégias e/ou medidas de biossegurança, políticas públicas de saúde acerca da aids e sua influência na melhoria da assistência e nas condições de trabalho, sentimentos de discriminação, preconceito, entre outros.

Neste contexto, gostaríamos de destacar ainda, que enquanto pesquisadoras ao abordarmos as questões relacionadas às memórias dos trabalhadores da saúde, no que diz respeito às práticas de cuidado às pessoas com HIV/aids, levamos em consideração seus condicionamentos culturais, morais, sociais e refletimos criticamente, a fim de evitar atitudes de discriminação, preconceito, estabelecendo assim uma relação ética.

Através das lembranças, memórias resgatadas pelos trabalhadores da saúde pretendemos elucidar a história, o contexto vivido pelos mesmos no cuidado aos pacientes com HIV/aids. Desta forma, esperamos com este estudo, mais que dar visibilidade aos trabalhadores da saúde que vivenciaram todo o momento histórico, da epidemia da aids no HNR, é que o mesmo possa contribuir à comunidade acadêmica para a produção de conhecimentos, acrescentando novos ângulos e perspectivas à prática do cuidado exercida pelo trabalhadores da saúde as pessoas com HIV/aids. Assim como, oportunizar aos gestores, à instituição e consequentemente aos trabalhadores que estão na ativa, a possibilidade de (re)planejar estratégias que vão além de apenas evitar os acidentes de trabalho com material biológico e sim de promover a qualidade de vida, a segurança no ambiente de trabalho. Pois a história contemporânea nos permite ir além de um olhar para o passado, mas principalmente de refletir sobre este presente para planejarmos o

futuro.

Contudo, afirmar que os trabalhadores da saúde foram se adaptando e aprimorando suas práticas no cuidado às pessoas com HIV/aids, ao longo da epidemia, permitiu refletirmos sobre a seguinte questão de pesquisa:

Como as estratégias de biossegurança, as práticas de cuidado e o conhecimento para cuidar de pessoas com HIV/aids foram sendo desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde para minimizar as situações de vulnerabilidade e risco diante da epidemia, no período de 1986 à 2006?

Diante de todo contexto, defendemos a **tese** de que “O conhecimento, as estratégias de biossegurança e a evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde as pessoas com HIV/aids foram influenciadas pelos avanços científicos sobre a doença, pelo contexto político, econômico, social e histórico em que a aids surgiu e evoluiu, assim como, pela expansão das políticas públicas de saúde, acerca da aids ao longo da epidemia”.

Neste sentido temos como **Objetivo Geral**:

- Compreender a partir das memórias dos trabalhadores da saúde, de um Hospital Referência em doenças infecto contagiosas, suas estratégias de biossegurança, práticas de cuidado, comportamentos diante às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 à 2006.

E objetivos Específicos:

- Conhecer as situações de vulnerabilidade e risco dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, em um Hospital de Referência em doenças infecto contagiosas do Estado de Santa Catarina, no período de 1986 à 2006.

- Identificar as estratégias de biossegurança utilizadas pelos trabalhadores da saúde de um Hospital Referência em doença infecto contagiosas, no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 a 2006.

- Compreender os sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente ao surgimento da aids, em um Hospital Referência em doenças infecto contagiosas, no período de 1986 a 2006.

- Conhecer como os trabalhadores da saúde de um Hospital Referência em doenças infecto contagiosas vivenciaram a epidemia da aids, no período de 1986-2006”.





## 2 BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS: REVISANDO A LITERATURA

Neste capítulo descrevemos brevemente a trajetória da epidemia da aids no mundo, no Brasil, em Santa Catarina e no município de Florianópolis, tendo em vista que o presente estudo, trata-se de uma pesquisa histórica, a qual enfatiza a importância dos avanços, das pesquisas, do contexto político, econômico, social e histórico em que a aids surgiu e evolui, assim como das políticas públicas de saúde acerca da aids, influenciando na evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores de saúde às pessoas com a doença.

### 2.1 NO MUNDO

Os primeiros casos de aids, segundo *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), datam de 1977 e 1978 na África, Haiti e EUA, contudo, foi apenas em 1981 que o *Center for Disease Control* (CDC), órgão responsável pela vigilância epidemiológica nos Estados Unidos registrou na cidade de Los Angeles, Califórnia, os primeiros casos de uma nova doença, que veio a ser designada por Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS (UNAIDS, 2006a).

A aids foi reconhecida a partir da identificação de alguns casos de pneumonias extremamente graves e raras, que logo chamaram a atenção dos epidemiologistas do CDC. Até então, estas pneumonias somente eram observadas em pessoas com grau severo de imunodeficiência por algum motivo, seja por quimioterapia ou mesmo por doenças congênitas. No entanto, o primeiro texto oficial da aids publicado em 1981, relata cinco casos de jovens do sexo masculino, homossexuais, sem história de imunodeficiência, que apresentavam pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PPC), além de outras doenças oportunistas como candidíase oral e citomegalovírus (NASCIMENTO, 2005). Paralelamente ao surto de pneumocitose, também foram detectados casos de Sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos, em Nova York e na Califórnia<sup>2</sup>. Como pode-se observar a epidemia da aids não se reportou apenas à doença em si, ao seu lado estavam as doenças

---

<sup>2</sup> Trata-se de um câncer dos vasos sanguíneos, sendo comum surgir e de forma mais agressiva em pacientes com aids (PEREIRA, 1975).

oportunistas, o que de certa forma dificultava o controle da doença. Além disso, mesmo antes da notificação do primeiro caso de aids, o vírus disseminava-se entre milhares de pessoas, sem que a humanidade e a comunidade científica tivesse conhecimento da real forma de transmissão do HIV (GUEDES, 2007).

Neste contexto, cabe ressaltar que a disseminação da doença foi intensamente acompanhada pela mídia, que se caracterizou como veículo decisivo na difusão de informações. Se por um lado, divulgou os esforços da comunidade científica em informar sobre a doença, por outro, trouxe consequências desfavoráveis para a compreensão da aids, uma vez que, reforçavam no imaginário coletivo a concepção da doença como consequência de condutas socialmente reprováveis. Não foi por acaso que a aids no início da epidemia foi denominada como a doença dos 4 H – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos e Heroínômanos (usuários de heroína injetável), o que demonstra a capacidade estigmatizante e o preconceito gerado em torno desses grupos de pessoas pela sociedade (MENEZHIN, 1996; MONTEIRO, VILLELA, KNAUTH, 2012).

Sem sombra de dúvida, a aids provocou inúmeras repercussões na qualidade de vida da população e, conseqüentemente, alterações nas relações humanas, nos comportamentos, nos valores e crenças, ao mesmo tempo em que se desenvolveram inúmeras concepções ao nível do saber popular e do conhecimento científico (CUNHA, 1997; MAIA, 1999). Pois, de acordo com Oliveira et al. (2006) a temática aids por se consistir em um grande problema de Saúde Pública, trouxe implicações para a sociedade em suas diversas dimensões, perpassando por aspectos objetivos e subjetivos.

A história da aids sempre foi marcada por medos, fantasias negativas, sentimento de morte iminente, produzindo nas pessoas acometidas pela doença, direta ou indiretamente, angústias, dúvidas, desespero, medo, isolamento, entre outros. Neste cenário a sociedade científica também se viu abalada, por não compreender a aids, por esta ser uma doença incurável, a qual não se conhecia a real forma de transmissão e que se mostrava devastadora ao organismo humano (NASCIMENTO, 2005; BASTOS, 2006).

Mundialmente, o pânico criado com a aids, a estigmatização e conseqüentemente o preconceito, contribuíram para uma troca de acusações entre países sobre a gênese da doença, como a acusação americana de que países africanos seriam o berço e o vetor da disseminação, e em contrapartida, a acusação que a aids seria fruto da transgressão e depravação ocidental, baseada no perfil dos primeiros

indivíduos, homossexuais americanos, acometidos pela doença (GILBERT, 2007). É neste contexto de calamidade, que inúmeros países não reconheceram de imediato a presença da aids em seus territórios, especialmente os países Africanos, chegando até mesmo a ocultar seus dados. As repercussões negativas da doença implicadas de valores morais, traduziam-se no receio de provocar uma má imagem ao país e comprometer suas principais atividades econômicas. Somente, a partir de 1987 que países do continente africano reconhecem e publicam os números de casos da doença e passam a desenvolver planos de luta contra a epidemia em curto e médio prazo, assim como programas de formação e prevenção, permitindo que a aids saísse de sua clandestinidade (UNAIDS, 2006b; ONUSIDA, 2009).

Apesar de alguns países africanos terem retardado o reconhecimento do número de pessoas acometidas pela aids, o reconhecimento imediato dos casos, a exemplo dos Estados Unidos e França, não se constituiu em respostas efetivas e imediatas na luta contra a epidemia. Mesmo nestes países, foram necessários alguns anos para que se formassem políticas públicas de saúde que atendessem a urgência de sua situação epidemiológica, para que trabalhos científicos fossem conduzidos de maneira independente do poder político, e que estruturas para o controle da aids fossem institucionalizadas (ONUSIDA, 2009).

Segundo Mann, Tarantola, Netter (1993) nenhuma outra doença chamou tanto a atenção e estimulou o interesse da comunidade científica e da sociedade em geral, uma vez que atingiu a todos simultaneamente.

Neste contexto, pesquisas laboratoriais e/ou experimentais passaram a contribuir para a produção de conhecimentos sobre o comportamento do HIV e de medidas terapêuticas que pudessem minimizar os agravos à saúde das pessoas com a doença (COSTA et al., 2009; ONUSIDA, 2008). Há também estudos, com enfoques epidemiológicos, sociológicos e do comportamento humano, na procura de determinantes que respondam pela expansão da epidemia ou que possam contribuir para a formulação de políticas públicas ou ações que visem evitar a disseminação do HIV/aids, com especial atenção as estratégias de prevenção, de cunho educativo (FONSECA; BASTOS, 2007; GALVÃO, 2000).

Apesar dos avanços conquistados ao longo da epidemia, em termos de assistência, com melhorias no tratamento, prognóstico e qualidade de vida, não se pode esquecer que a aids continua sendo uma doença incurável. E a descoberta tardia do diagnóstico, além de piorar o prognóstico, causa danos irreversíveis em termos de não prevenção, na

medida em que o indivíduo HIV positivo ao desconhecer sua situação sorológica e ao praticar comportamentos de risco, ou seja, compartilhar agulhas contaminadas, não usar preservativo nas relações sexuais, acabam por expor as demais pessoas ao risco de contrair o vírus (GABRIEL; BARBOSA; VIANNA, 2005).

A aids trouxe consigo uma imensidão de incertezas e inseguranças, e no âmbito da saúde não foi diferente, ao contrário, fez emergir aos trabalhadores da saúde novos desafios, estratégias, práticas de cuidado a serem adotadas pelos mesmos, no decorrer da sua atividade laboral junto ao paciente (MOREIRA; MORALES, 2010). Pois, verificou-se pouco tempo depois, que a transmissão da aids não estava restrita aos homossexuais, UDI, prostitutas, aos considerados grupo de risco, tendo em vista que surgiram relatos da identificação em hemofílicos, heterossexuais, receptores de sangue e seus derivados, através de transfusão, assim como entre os trabalhadores da saúde, decorrente do acidente de trabalho envolvendo exposição ao material biológico possivelmente contaminado (MAIA; GUILHEME; FREITAS, 2008). Tão logo, a noção de vulnerabilidade teve que ser ampliada e trabalhada, uma vez que se constatou que a infecção do HIV não estava associada aos grupos de riscos e sim aos comportamentos de riscos.

Nesta linha de pensamento damos ênfase a transmissão ocupacional, por ser esta forma de contágio, um exemplo claro de que comportamentos, práticas seguras podem evitar e/ou minimizar os acidentes de trabalho com material biológico e por consequência a possível transmissão do HIV. Por conta disto, o CDC focou ainda mais sua atenção nas questões voltadas à prevenção, sobretudo à segurança dos trabalhadores da saúde, por meio de publicações com recomendações, condutas do que fazer e como fazer para evitar a transmissão do HIV (CDC, 2005).

Inicialmente, em 1982, mesmo antes da identificação da etiologia da aids, os CDC (EUA) recomendaram que os profissionais de saúde deveriam prevenir o contato direto da pele ou das membranas mucosas com sangue, secreções, excreções e tecidos de pacientes com suspeita ou diagnóstico de aids baseado nas observações iniciais sugestivas de que a doença era causada por um agente transmissível (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011).

Neste cenário, recomendações mais detalhadas sobre a prevenção da transmissão do HIV nos serviços de saúde foram publicadas pelos CDC em 1985, sendo atualizadas em 1987 a partir da documentação sobre a possibilidade de transmissão do HIV por contato mucocutâneo com sangue e da constatação de que a infecção pelo HIV poderia ser

desconhecida na maioria dos pacientes com risco de exposição dos profissionais de saúde. Com base nessas conclusões os CDC implementaram o conceito de Precauções Universais que se referia a necessidade da instituição adotar as medidas de prevenção na assistência a todo e qualquer paciente, independentemente da suspeita ou do diagnóstico de infecções que pudessem ser transmitidas, como a infecção pelo HIV. No entanto, pela impossibilidade de se conhecer rapidamente o diagnóstico sorológico do paciente, tal sistema mostrou-se pouco eficaz. Assim, em 1996, mantendo-se a essência de considerar o risco universal, o CDC publicaram uma atualização das práticas de controle de infecção hospitalar que substituiu o termo “Precauções Universais” por “Precauções Padrões (PP)”. Esse novo conceito está associado à prevenção do contato com todos os fluidos corporais, secreções, excreções, pele não-integra e membranas mucosas de todos os pacientes, ao contrário das Precauções Universais, que eram associadas somente aos fluidos corporais que pudessem transmitir o HIV e outros patógenos de transmissão sangüínea (NICHITA et al., 2004; CDC, 2005).

## 2.2 NO BRASIL

O surgimento da aids no Brasil acontece quase que simultaneamente ao cenário internacional, e sua gravidade já conhecida, sinalizava o surgimento de um grave problema de saúde pública. O primeiro caso de aids no país foi identificado oficialmente em 1982, no Estado de São Paulo, no Hospital Emílio Ribas, no entanto, o seu marco inicial foi reconhecido como o ano de 1980, pela ocorrência de um caso de aids, neste ano. No ano seguinte, em 1983, o Estado do Rio de Janeiro apresenta o segundo caso e neste mesmo ano, foram relatados também os primeiros casos de aids por transmissão ocupacional, em profissionais da saúde. Em 1985 foi identificado o primeiro caso por transmissão vertical, entre mãe-filho e em 1988 foi diagnosticado o primeiro caso entre a população indígena (PARKER, 2002).

Segundo, dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2011), estima-se que 630 mil pessoas estejam infectadas com o HIV no Brasil, sendo que destas, há um total de 608.230 casos de aids notificados, no período de 1980 a junho de 2011. Destes, 397.662 (65,4%) casos foram registrados no sexo masculino e 210.538 (34,6%)

entre o sexo feminino. Apesar dos casos de aids entre os homens superarem os de mulheres, a diferença esta cada vez menor. Atualmente o Ministério da Saúde fala de uma feminização da epidemia no país. É perceptível, a partir dos dados publicados pelos boletins epidemiológicos de DST/aids que a razão entre os sexos vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, a proporção era de 26 homens para 1 mulher, e em 2010 a razão foi de 1,7 homens para cada mulher. Com relação a faixa etária, a idade entre 30 e 49 anos é a mais atingida, em ambos os sexos (BRASIL, 2011a).

Durante todo o percurso da epidemia da aids no país, algumas regiões têm recebido destaque, tanto pelo número de casos da infecção, quanto por suas características epidemiológicas. Neste contexto, a região Sul, destaca-se ao apresentar a segunda maior taxa de incidência, com 28,8/100.000 habitantes, em detrimento a incidência de aids no país, que em 2010 foi de 17,9 casos para 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a).

No que se refere a categoria de exposição da aids no sexo masculino, uma pesquisa do Ministério da Saúde revela que na primeira década da epidemia, de 1980 à 1997, 17,1% dos casos de aids foram em homossexuais, 9,7% em bissexuais, 11,9% em heterossexual e de 45,5% em Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Ao longo dos anos, os dados epidemiológicos confirmam a mudança do perfil da infecção pelo HIV, no entanto, que no ano de 2011, a categoria de exposição entre homens foi distribuída em heterossexual 26,7%; seguida de homossexual 36,9%; bissexual 11,4% e UDI 5,5%. Observa-se uma estabilização na subcategoria bissexual, uma redução significativa do número de casos de aids por uso de drogas injetáveis, e uma tendência de crescimento proporcional dos casos de aids por transmissão heterossexual. Já entre as mulheres, a categoria de exposição, no ano de 2011, foi de 81,1% em heterossexual; seguida 3,8% em UDI (BRASIL, 2011a).

Desde a notificação dos primeiros casos no país, a rápida disseminação do HIV, na primeira década da epidemia foi bastante evidente. E é deste modo, à medida que surgiam novos casos, que as primeiras iniciativas de respostas à aids foram sendo elaboradas, a partir da mobilização social e dos governos estaduais, pressionando progressivamente um posicionamento do governo federal (GALVÃO, 2000; MARQUES, 2002).

A luta contra a aids no Brasil, iniciou-se numa época de redemocratização do país e de grande discussão ao nível da saúde, em que os movimentos da reforma sanitária começaram a se fazer sentir, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 (COSTA, 1986;

FONSECA, 2005). A resposta brasileira à epidemia da aids está fundamentada na estruturação das ações como parte do SUS, dentro de uma noção de saúde como direito de todos. Essa noção se ancora nos direitos humanos, assegurada pelo SUS e pela mobilização permanente da sociedade civil para sua efetiva implantação, permitindo estruturar inclusive um programa de acesso universal ao tratamento antirretroviral (BRASIL, 1996b; 2010; VITÓRIA, 2002;).

Segundo Szwarcwald e Castilho (2011) para que a resposta brasileira à aids seja eficiente, duradoura, capaz de manter-se e inovar, a mesma deve atentar-se para o cuidado à saúde em todas as suas dimensões e contar com um sistema de saúde pública estruturado. Neste sentido, o Brasil tem como referências estratégicas: as ações combinadas entre prevenção, assistência e tratamento, que buscam atender as necessidades de saúde da população e de grupos vulneráveis, para assegurar a sustentabilidade do acesso universal aos medicamentos, diagnóstico e insumos de prevenção; a descentralização das ações, em sintonia com os processos de construção do modelo de atenção do SUS, assim como a participação dos movimentos sociais e comunitários no controle social e na defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids (SZWARCWARD; CASTILHO, 2011).

A participação dos movimentos sociais, de acordo com Nascimento (2004) tem sua origem na luta contra o preconceito e o estigma e constitui-se referência singular da resposta brasileira. Pois, foram a partir dos movimentos sociais de gays, de profissionais do sexo, de hemofílicos e de usuários de drogas injetáveis que as primeiras grandes mobilizações e ações de prevenção, foram protagonizadas.

Neste contexto, por iniciativa das próprias pessoas infectadas, que diretamente foram atingidas pelos preconceitos socialmente construídos, no início da epidemia, surgiram as Organizações Não Governamentais (ONGs). Tais Organizações foram criadas inicialmente para prover apoio mútuo e cuidado, evoluir gradualmente no sentido de se capacitar e fortalecer para desenvolver papéis importantes nas respostas à epidemia da aids na sociedade. Mas logo, passaram a ser responsáveis também pelas reivindicações de direitos, de denúncia de preconceitos e discriminação, de difusão de informação, educação, entre outros (CARVALHO, 2006; NASCIMENTO, 2006).

O estado de São Paulo como pioneiro em casos da doença, tornou-se palco das primeiras mobilizações de grupos sociais, bem como das primeiras iniciativas e articulações oficiais em relação à aids. Tão logo, em 1985 foi fundada, em São Paulo, a primeira ONG com atividades em HIV/aids no país, denominada, Grupo de Apoio à

Prevenção da AIDS (GAPA) e posteriormente em outros 10 estados, foram criados os programas estaduais de DST/aids (CASTRO-SILVA; HEWITT; CAVICHIOLI, 2007). Além do GAPA, outras ONGs na época foram criadas, como Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) criada em 1986; e o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Vidda), formado em 1989 (ABIA, 2007).

De acordo com Meirelles (2003) foi emergente lutar contra a aids, desmistificar e evitar seus preconceitos, discriminação, a partir do fornecimento de informações corretas e acessíveis a todos. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde veiculou várias formas de prevenção da doença, como o uso de preservativos; seringas, agulhas e outros instrumentos esterilizados e individuais; controle da qualidade do sangue e hemoderivados; assim como campanhas de caráter educativo.

Ainda neste contexto de luta e controle da aids, o MS criou em 1986, o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS), que em 2003 foi considerado como referência mundial, por diversas agências internacionais. Dez anos após a criação do PN-DST/AIDS, no ano de 1996, a aids passa a ser incluída na relação de doenças de notificação compulsória no País, através da Portaria nº 1.100 de 24 de Maio de 1996 (BRASIL, 1996c). Começa também a estruturar-se a epidemia da aids em nível federal, criando a Comissão Nacional de AIDS, porém somente em 1987 que a mesma foi efetivamente instalada e colocada em prática. Embora os preceitos do PN-DST/AIDS defendessem a saúde como um direito do cidadão e responsabilidade do estado, assim como a universalização do atendimento através de ações desenvolvidas nas três esferas governamentais, infelizmente tal programa foi assumindo uma posição centralizadora, distanciando-se tanto dos programas estaduais, como da sociedade civil organizada (MARQUES, 2002; TEMPORÃO, 2008).

A adoção de políticas públicas de saúde, no Brasil, voltadas a epidemia da aids aconteceu em paralelo as mudanças políticas importantes no país, como o ano de 1988, com a aprovação da nova Constituição Federal e especificamente no campo da saúde, a aprovação do SUS. Nesta época, o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas (1988) e a zidovudina (1991), mais conhecida como AZT. Ainda em 1988, a Organização Mundial da Saúde instituiu o dia primeiro de dezembro como dia internacional de luta contra a aids, sendo este uma das estratégias de mobilização, conscientização e prevenção em escala global. Esta data também passou a ser considerada no Brasil, como importante para a realização de campanhas educativas, no sentido de



divulgar informações sobre a aids (MARQUES, 2002; CHEQUER, 2005).

Várias foram as políticas de saúde estruturadas na década de 1980, decorrente do surgimento da aids. Neste contexto, não há como deixar de mencionar o período histórico vivenciado no Brasil, pois com o fim da ditadura militar, um novo cenário político nacional passou a se apresentar, a partir das eleições presidenciais e da entrada de novos dirigentes políticos, sinalizando uma mudança significativa nas políticas de saúde e um retrocesso importante nas ações já estabelecidas em resposta à epidemia da aids. Uma vez que desarticulou as ações, até então iniciadas pelo Programa Nacional e desintegrou significativamente a relação entre governo federal, estados, ONGs e demais instituições envolvidas, além de promover campanhas de caráter moralista, que alimentavam ainda mais o estigma e o preconceito às pessoas com a doença (MARQUES, 2002; GALVÃO, 2000; CARVALHO, PAES, 2011).

A crise política que sucedeu a esta fase deu lugar a uma nova mudança dos dirigentes dos Programas de Saúde, e no caso específico da aids, uma reformulação de estratégias que se traduziu em uma nova etapa, a qual vem evoluindo até os dias atuais. Assim, a nova direção do PN-DST/aids foi recuperando progressivamente o relacionamento entre as esferas do governo e a sociedade civil, formulando acordos e convênios internacionais que passaram a subsidiar ações de assistência e prevenção (MARQUES, 2002).

Na década de 1990, o governo brasileiro, através da Coordenação Nacional DST/AIDS, após passar por um processo de reestruturação interna, elaborou um plano estratégico para o enfrentamento da epidemia no país, formulado em conjunto com estados, municípios e organizações não governamentais. Durante o ano de 1993, foram iniciadas as negociações do governo brasileiro com o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo, denominado "Projeto AIDS I" que entrou em vigor em 1994 com vigência até 1998 e priorizava a implantação e a estruturação de serviços assistenciais. Após a implementação do "Projeto AIDS I", o governo brasileiro negociou e aprovou, junto ao Banco Mundial, o "Projeto AIDS II", cuja vigência foi de 1998 a 2003 e tinha como objetivos reduzir a incidência de casos de HIV e DST, assim como expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/aids (BARBOZA, 2006; PORTELA, LOTROWSKA, 2006; BANCO MUNDIAL, 2004).

A partir das avaliações de desempenho dos acordos de

empréstimo no Projeto AIDS I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/aids firmaram novo convênio, denominado "Projeto AIDS III", no qual o período de execução foi de 2003 a 2006. Este tinha como objetivos o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/aids oferecida pelo Sistema Único de Saúde no país (BARBOZA, 2006; BANCO MUNDIAL, 2000).

No Projeto AIDS III foi recomendado que o país investisse recursos próprios na descentralização do financiamento das ações programáticas para os estados e os municípios, utilizando os mecanismos legais existentes no SUS. Nesta modalidade, um conjunto de municípios deveriam receber recursos para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/aids e outras DST, a partir de critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das secretarias de saúde (BARBOZA, 2006).

Nesta perspectiva, Souto (2003) ressalta a importância de se reconhecer os empréstimos concedidos pelo Banco Mundial ao Brasil para a implementação dos Projetos AIDS, uma vez que os mesmos foram essenciais à promoção das políticas nacionais voltadas a epidemia da doença. Tais investimentos permitiram a estruturação de uma rede assistencial em diversas regiões do país, a destacar os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais-dia (HD) e Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais.

Ainda com relação aos projetos AIDS, os conveniados eram denominados *executores das ações* e elaboravam Planos Operativos Anuais (POA), cujas diretrizes estavam articuladas aos objetivos do projeto aprovado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela equipe do Banco Mundial. O POA foi regulamentado pela Portaria Nº 347 de 25 de março de 1993, mantendo-se em vigor do início do convênio com o Banco Mundial até o ano de 2001, sendo que a partir de 2002 foram instituídos o Plano de Ações e Metas (PAM) (BRASIL, 2000).

O PAM, de acordo com a Portaria Nº 2.314 de 2002, tem como objetivo o planejamento, monitoramento e avaliação das ações a serem implementadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Este é considerado um instrumento de integração das diretrizes nacionais e regionais de combate à epidemia de aids, de modo que o Programa Nacional de DST e Aids alcance respostas positivas e coerentes com as

características da epidemia das diferentes regiões do país. Tal plano, constitui-se de quatro tópicos, que se inicia pela caracterização da unidade territorial, diagnóstico epidemiológico e das ações em DST/HIV/aids, avaliação da capacidade institucional/gerencial e elaboração do plano de ações e metas para o período de um ano (BRASIL, 2000).

Esta política de incentivo visa à implementação de políticas na área de HIV/DST/aids, apresentando como principais diretrizes: a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas com HIV/aids e outras DST; a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; o aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST da infecção pelo HIV; a redução do estigma e da discriminação; a melhoria da gestão e sustentabilidade das ações; o aumento da cobertura das ações de prevenção para a população, assim como a promoção do controle social (FONSECA, 2005).

Contudo, é possível ratificar que as estratégias de combate ao HIV/aids no Brasil tiveram importante financiamento do Banco Mundial, apesar dos pontos de divergência entre a política nacional e a ideologia de custo-efetividade do Banco, o qual defendia a expansão de intervenções preventivas em detrimento de serviços clínicos de alta complexidade e de estratégias assistenciais mais dispendiosas, como a distribuição gratuita de anti-retrovirais (COUTO, 2009; SOUTO, 2003).

Neste contexto, o Brasil adotou em 1996, a Lei 9.313 que dispôs sobre a distribuição de antirretrovirais para as pessoas acometidas pela doença, mesmo contra recomendações e advertências do Banco Mundial, considerando-se a pressão política promovida pela sociedade civil, que respaldada nos princípios de universalidade e integralidade do SUS, requeria o acesso universal ao tratamento da aids. Tal política trouxe mudanças relevantes para os indivíduos acometidos pela doença, como a redução da morbidade, mortalidade e consequentemente uma melhor qualidade de vida (MEIRELLES et al., 2010; COUTO, 2009; CANINI, REIS, PEREIRA, 2004).

Em 1998, laboratórios públicos do Brasil passaram a produzir alguns anti-retrovirais e em 2000, o país passou a produzir sete dos doze anti-retrovirais distribuídos nacionalmente. Em 2007, o Ministério da Saúde devido a falta de acordo com laboratórios fabricantes decorrente ao alto custo do medicamento, adotou o licenciamento compulsório de um dos anti-retrovirais de segunda linha, o Efavirenz, efetuando desta forma a quebra de patentes. Tal medida, tornou-se necessária para garantir a sustentabilidade do programa de combate à aids e disponibilizar no ano de 2012, ARV para aproximadamente 200 mil

pessoas (CHEQUER, 2005; BRASIL, 2011b).

As políticas públicas de saúde até então vigentes no Brasil, com relação à epidemia tiveram como foco prestar uma assistência de qualidade às pessoas com HIV/aids. Nessa perspectiva foram elaboradas portarias ministeriais, dentre elas a Portaria Nº 291 de 17 de junho de 1992, que incluiu a assistência à aids em nível hospitalar, ao Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC). Em prosseguimento a esta primeira iniciativa, seguiu-se o processo de credenciamento de hospitais convencionais para internação dos pacientes com a doença (BRASIL, 1992).

O crescente aumento de casos notificados gerou na época uma grande demanda para internação de pacientes com HIV/aids. Tão logo, fez-se necessário a presença de ações que compreendiam desde o credenciamento de hospitais ao desenvolvimento de Programa de Alternativas Assistenciais, para a definição de condutas terapêuticas, políticas de medicamentos, assim como a capacitação de profissionais, no manuseio clínico dos pacientes (BRASIL, 2000).

Dando prosseguimento às adequações, no que diz respeito as regulamentações da assistência prestada em nível hospitalar ao paciente com HIV/aids, foram estabelecidos ainda critérios mínimos de infraestrutura e da equipe multidisciplinar para o credenciamento destes serviços. Neste contexto, pode-se observar na regulamentação dos hospitais, a mudança de paradigma da aids como doença potencialmente letal para uma enfermidade prolongada, o que já demonstrava os reflexos da terapia antirretroviral instituída no ano de 1996 (BRASIL, 2008a; 2009a).

No que se refere à rede ambulatorial de assistência as pessoas com HIV/aids, houve um crescimento progressivo em resposta à demanda assistencial. Desta forma, o Ministério da Saúde instituiu os projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). A implantação da ADT ficou sob responsabilidade do PN-DST/AIDS, enquanto que a implantação do SAE e do HD foi delegada às Coordenações Estaduais e/ou Municipais (MELQUIOR et al., 2006). Porém, tendo em vista, a constatação pela Coordenação Nacional em DST/aids de que os SAEs funcionavam sem definição de critérios, optou-se que a implantação dos mesmos seria autorizada, mediante a exigência de alguns critérios pré-definidos, contemplando questões referentes a situação epidemiológica do local, população-alvo a ser atendida, objetivos do projeto, estrutura física e orçamento financeiro (BRASIL, 2000).

A partir dos anos 90, com a interiorização da epidemia, o número

de Serviços de Atendimento Especializado, no SUS, cresceu de forma significativa, passando de 33 serviços em 1996 para 540 em 2001. No final de 2007, esse número era de 636. E no ano de 2010, com a Portaria 2.313/2002 (BRASIL, 2002), a qual dispõe sobre o repasse de recursos no sistema “fundo a fundo”, para que estados e municípios desenvolvam ações voltadas ao enfrentamento da epidemia, o Brasil alcançou um total de 737 serviços implantados, em todas as regiões do país (BRASIL, 2010a). Esse repasse foi baseado em estudos, que a partir do perfil epidemiológico, capacidade de gestão e/ou localização estratégica de referência definiram quais os municípios e estados da federação poderiam ser contemplados.

O SAEs estão situados em policlínicas municipais ou estaduais, hospitais de referência, unidade básica de saúde, clínicas de DST, ambulatórios especializados em DST/aids e outros. E algumas das principais atividades realizadas por estes serviços são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de anti-retrovirais; orientações farmacêuticas; realização de exames para monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle das DST e aids. Sua complexidade, número de pacientes atendidos e perfil técnico e administrativo são heterogêneos nos diferentes estados e municípios, dentro de estruturas organizacionais, operacionais e institucionais diversas (BRASIL, 2009a).

Outra modalidade de atendimento foram os serviços de Hospital-Dia (HD), que iniciaram no Brasil, no final da década de 1980. A implantação deste serviço, no contexto do Programa de Alternativas Assistenciais, deu-se em resposta à crescente demanda de assistência e a limitada resolutividade da rede pública hospitalar. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde, através das Portarias Ministeriais de Nº 93 de 31/05/94 e de Nº 130 de 03/09/94 legitimou esta modalidade de atendimento, atribuindo pagamento diferenciado e estabelecendo parâmetros de estrutura física, resolutividade diagnóstica e capacidade operacional dos Serviços. A dinâmica para a implantação do HD foi a mesma ao processo adotado para implantação dos SAE, e pelas mesmas dificuldades em relação ao processo de expansão e qualificação destes serviços, a CN-DST/Aids centralizou no início de 1997 o repasse de recursos para implantação de HD. Em 2010 estavam cadastradas 79 unidades de HD no país (BRASIL, 2010a).

Ainda em relação as estruturas de assistência às pessoas com HIV/aids, um outro serviço foi a Assistência Domiciliar Terapêutica,

como modalidade de assistência inovadora na época, considerando o contexto assistencial da aids e o cenário da Saúde Pública no país. Este serviço, além da visita domiciliar, oferecia um amplo leque de atividades, constituindo-se em referência para o encaminhamento de internações de longa duração, compreendendo desde cuidados curativos à paliativos. No ano de 1996 foram habilitados os primeiros serviços e no ano de 2010, encontravam-se cadastrados 54 unidades de ADT no Brasil (BRASIL, 2010a).

Outra modalidade de serviço que se situa tanto na assistência, quanto na prevenção são os Centros de Testagem e Aconselhamento, que tem como objetivo promover a identificação precoce do paciente HIV positivo para o imediato encaminhamento à rede de assistência, além da atuação em ações de prevenção (VERMELHO; BARBOSA, 2004). No Brasil, os exames sorológicos para detecção de anticorpos do HIV foram disponibilizados para uso de rotina nos bancos de sangue, a partir de 1987, sendo recomendados em algumas situações, como: na triagem de sangue para transfusões; na triagem de doadores de órgãos e/ou sêmem; para confirmar o diagnóstico, diante das diferentes manifestações clínicas da aids, assim como para determinar a prevalência de infecção pelo HIV na população. Visando absorver a demanda dos testes oferecidos pelos bancos de sangue, foram criados inicialmente os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), os quais passaram a disponibilizar exames de HIV de forma gratuita, confidencial e anônima, tendo também como finalidade a educação e o aconselhamento daqueles que estivessem sob maior risco de infecção (LOHN, 2005; DOMINGUES, 2004).

O primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do país foi criado em 1988, no Rio Grande do Sul, seguido do município de São Paulo em 1989. O objetivo era interromper a cadeia de transmissão da doença, mediante a realização do diagnóstico precoce das pessoas infectadas e de seus parceiros, promovendo a oferta do aconselhamento, de preservativos e informações apropriadas em relação a epidemia, além do encaminhamento de pessoas com HIV/aids aos serviços de referência (VERMELHO; BARBOSA, 2004). Depois de dez anos, desde a criação do primeiro COAS, este passa a ser denominado Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), e os recursos para a implantação de novos CTAs foram descentralizados para estados e municípios, os quais tiveram que se responsabilizar pela elaboração dos novos projetos e pela formação dos gerentes e profissionais dos serviços (GRANGEIRO, FERRAZ, 2008; BRASIL, 2008b).

De acordo com as diretrizes traçadas pela Coordenação Nacional

de DST/aids, os serviços oferecidos pelos CTAs deviam seguir os princípios de acessibilidade e gratuidade, por sua vez estarem situados em lugares de fácil acesso para a população em geral e, principalmente para os segmentos populacionais mais vulneráveis. Tais serviços são baseados no anonimato e os resultados dos exames devem estar disponíveis em tempo hábil, a fim de garantir o encaminhamento dos pacientes HIV positivo aos serviços de referência assistencial (GRANGEIRO, FERRAZ, 2008; BRASIL, 2010b; MALISKA, 2012).

No início do ano de 2000, a ênfase nacional passou a ser a incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde, com especial atenção para os serviços de atenção básica. No ano de 2003, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde e os CTAs passaram a ser estratégicos para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C. Atualmente, espera-se que os CTAs possam oferecer a população os testes de diagnóstico de HIV, incluindo o teste Elisa e confirmatórios, sífilis e triagem sorológica para hepatites B e C. De acordo com as Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTAs do Brasil, no ano de 2010 já existia mais de 400 CTAs implantados no cenário nacional (BRASIL, 2010b).

Além dos CTAs, outros serviços mais recentes foram criados, como as Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-retrovirais (UDM). Estas são estabelecimentos integrantes de serviço de saúde que realizam gestão e dispensação de medicamentos anti-retrovirais, bem como seu acompanhamento e monitoramento (BRASIL, 2000). As UDM têm como atividades o atendimento individual e coletivo, que pode ser realizado durante uma consulta com o profissional farmacêutico, onde são prestadas informações sobre a síndrome, os medicamentos e os cuidados necessários para o tratamento. Também podem ser desenvolvidas ações de acompanhamento farmacoterapêutico, no qual é estudada a condição, a história clínica e terapêutica do paciente, incluindo outros medicamentos prescritos, além dos ARV. Em 2010 temos 675 UDM cadastradas no país, sendo estas alocadas das formas mais variadas, podendo estar junto aos SAE, Centros de Saúde, Ambulatórios, Hospital Dia, Farmácias Básicas Municipais, entre outros (BRASIL, 2010a, 2010b).

A compra e distribuição dos anti-retrovirais, de acordo com a deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é centralizada pelo Ministério da Saúde, enquanto que as medicações para infecções oportunistas e demais doenças sexualmente transmissíveis é pactuada entre estados e municípios (BRASIL, 2007a). Com vista a monitorar a evolução clínica da pessoa com HIV/aids, em 1997, cria-se a Rede

Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e carga viral do HIV (BRASIL, 2007b)

Diante do exposto, a Rede Nacional em aids encontra-se constituída por 1.310 serviços. Apesar dos inúmeros serviços de assistência especializada às pessoas com HIV/aids e das políticas públicas de saúde acerca da epidemia representarem um nível de excelência e terem o reconhecimento internacional, estas infelizmente ainda apresentam grandes desafios em sua execução, a exemplo da necessidade de integração de todas as esferas de atenção, para que seja oferecido um serviço de prevenção e assistência de maior qualidade (BRASIL, 2000). Pois, a estruturação de uma rede assistencial em HIV/aids contemplando majoritariamente ações de média e alta complexidade, não tem sido suficiente para garantir a integralidade da atenção à saúde, de modo que se observa a necessidade de descentralização do financiamento e gerência das atividades do PN-DST/aids para estados e municípios, bem como a expansão das ações de assistência ambulatorial para a rede básica de saúde (NEMES et al., 2009; GRANGEIRO, ESCUDER, CASTILHO, 2011). Frente a isso, espera-se que as instâncias estaduais e municipais invistam na estruturação dos serviços e recursos humanos, conforme suas necessidades, respeitando suas características regionais.

## 2.3 EM SANTA CATARINA

O Estado de Santa Catarina, fica entre os Estados do Paraná e Rio Grande do Sul, ocupando 16,6% da região Sul. Com uma área de 95.346,181 km<sup>2</sup>, abriga 6.249.682 habitantes, localizados majoritariamente na região urbana, com densidade demográfica de 65,54 hab/ km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Os maiores contingentes populacionais estão concentrados nas regiões da Grande Florianópolis, Joinville, Blumenau, Itajaí e Criciúma, que juntas representam 46,8% da população catarinense (IBGE, 2010).

A região Sul, particularmente o Estado de Santa Catarina tem recebido destaque em relação ao panorama nacional da aids. Uma vez que vários foram os municípios com casos de aids nos primeiros anos de epidemia, a exemplo de Chapecó (1984), Florianópolis (1985), Criciúma (1986), Itajaí (1987), Blumenau e Porto União (1989) (SANTA CATARINA, 2011a).

Durante a década de 1980, os primeiros casos de aids no estado,



apresentaram-se de maneira desconcentrada em 28 municípios, mantendo o meio-oeste a extremo-oeste praticamente livres da epidemia. Em 1990, mas precisamente entre 1990 à 1994 já havia 86 municípios com casos notificados da doença, entre eles, Joinville, São José, Balneário Camboriú, Camboriú e Lages. Posteriormente de 1995 à 2000, os dados já registravam 174 municípios com pelo menos um caso de aids, e no período de 2000 à 2007, o Estado apresentou 239 municípios atingidos pela epidemia. Atualmente, decorrente da disseminação progressiva da aids pelo Estado, registram-se 252 municípios com pelo menos 01 caso de notificação por aids, alcançando a porcentagem de 86% do total de municípios catarinenses com registros da doença, o que confirma o processo de interiorização da epidemia no Estado (SANTA CATARINA, 2011a).

Segundo dados publicados pela Vigilância Epidemiológica do Estado, os 50 municípios com maior número de casos, desde o início da epidemia respondem por 91% do total dos casos notificados da doença no período de 1984 - 2011 (quadro 1).

Município	N	Município	N
Florianópolis	4174	São Bento do Sul	115
Joinville	2836	Caçador	108
Itajaí	2320	Videira	104
Blumenau	1630	Piçarras	93
São José	1501	São João Batista	92
Criciúma	1455	Concórdia	91
Balneário Camboriú	1033	Penha	88
Lages	520	Xanxerê	88
Brusque	499	Sombrio	82
Camboriú	493	Guaramirim	77
Chapecó	462	Barra Velha	76
Palhoça	457	Timbó	73
Tubarão	457	Araquari	69
Jaraguá do Sul	386	Curitibanos	67
Laguna	340	Joaçaba	64
Navegantes	325	Balneário Arroio do Silva	56
Biguaçu	317	Porto Belo	56
Rio do Sul	286	Braço do Norte	54
Araranguá	263	Urussanga	54
São Francisco do Sul	249	São Miguel D'Óeste	50
Imbituba	212	Capivari de Baixo	49
Tijucas	209	Forquilha	49
Içara	206	Campos Novos	48
Gaspar	170	Pomerode	48
Indaial	157	<b>Subtotal</b>	<b>21.110</b>
Itapema	153	<b>Total Estado</b>	<b>25.021</b>

**Quadro 1** - Casos de aids adulto segundo município de residência e ano de diagnóstico nos 50 municípios com maior número de casos, SC, 1984-2011.

Fonte: GE-DST/HIV/AIDS/DIVE/SES/SC, 2011a.

Dos municípios citados, dezessete constam do ranking divulgado pelo Ministério da Saúde em 2009 em que foram elencados os 100 municípios brasileiros com as maiores taxas de incidência da doença: Florianópolis, Joinville, Itajaí, Blumenau, São José, Criciúma, Balneário Camboriú, Lages, Camboriú, Palhoça, Tubarão, Jaraguá do Sul, Biguaçu, Rio do Sul, Araranguá, Içara e Indaial (SANTA CATARINA, 2011a).

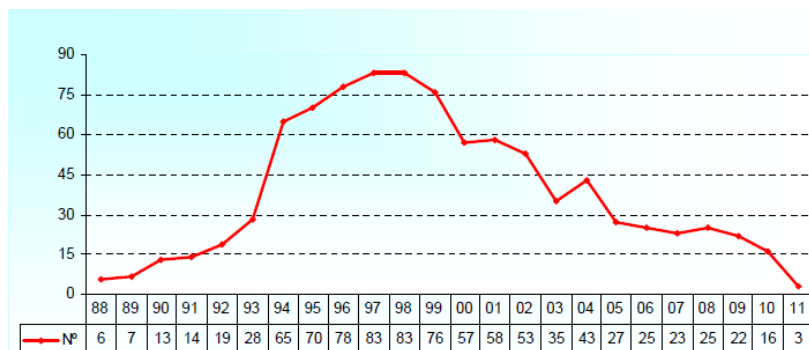
Atualmente, a epidemia não mais se restringe aos municípios de grande porte, pois com a interiorização da epidemia, a cada ano, novos municípios notificam o seu primeiro caso de AIDS (quadro 2).

2006	2007	2008	2009	2010	2011
Calmon	Anita	Entre Rios	Bom Jesus	Mirim	Serra Alta
Iomerê	Garibaldi	Nova	Dona Emma	Doce	
Ipuauçu	Coronel	Erechim	Guatambu	Riqueza	
Irineópolis	Martins	Matos	Lacerdópolis	Vargem	
Monte	Cunhataí	Costa	Leoberto Leal		
Castelo	Modelo	Salto	Nova		
Planalto	Mondaí	Veloso	Itaberaba		
Alegre	Palmeira	Timbó			
Rio das	Pinheiro	Grande			
Antas	Preto				
São	Rio Fortuna				
Bonifácio					
São M.da					
Boa Vista					
União do					
Oeste					
Xavantina					

**Quadro 2** - Municípios com 1º caso de AIDS notificado, Santa Catarina, 2006-2011.

Fonte: GE-DST/HIV/AIDS/DIVE/SES/SC, 2011a.

Diante deste panorama dos casos de aids no Estado de SC, é oportuno ressaltar ainda, que de 1984 à 2011 foram notificados 25.950 casos de aids, sendo 25.021 casos em maiores de 13 anos, destes 9.245 entre o sexo feminino e 15.776 casos, no sexo masculino. Entre crianças (menores que 13 anos de idade), o primeiro caso de aids notificado foi em 1988 e até junho de 2011, registra-se 929 casos (gráfico 1). A redução do número de aids em crianças deve-se ao aumento da cobertura das ações de prevenção e controle da aids durante o pré-natal e o parto. Em gestantes HIV positivo, registram-se 4.756 casos notificados.



**Gráfico 1** - Número de casos notificados de aids em crianças, segundo ano de diagnóstico, Santa Catarina, 1988 a 2011.

Fonte: GE-DST/HIV/AIDS/DIVE/SES/SC, 2011b.

Quanto as taxas de incidência e mortalidade no estado, estas apresentam-se mais altas ao se comparar com as taxas nacionais. Segundo Boletim Epidemiológico (2011a) a região Sul é a segunda colocada em relação a números absolutos de casos de aids e óbitos pela doença. Sua taxa de incidência por aids em adultos, com referência ao ano de 2010 foi de 28,8 casos e em Santa Catarina 30,6 casos por 100.000 habitantes. Em relação ao coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes, também referente ao ano de 2010, há uma estabilização da mortalidade na região Sul, a qual apresentou 8,8 casos e em Santa Catarina 9,6 casos. A mortalidade representa um importante indicador de programas de controle deste agravo, sobretudo após a introdução da terapia antirretroviral, no Brasil, em 1996 (BRASIL, 2011a; SANTA CATARINA, 2010a, 2010b).

No que se refere ao perfil epidemiológico da aids desde seu surgimento, como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV tem se revelado como uma epidemia de múltiplas dimensões, sofrendo transformações significativas em seu perfil ao longo do tempo para a heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia (BARBOSA JUNIOR, 2009).

Em Santa Catarina, esta realidade epidemiológica acerca da aids não foi diferente, pois do total de 25.950 casos notificados na população adulta, a principal categoria de exposição é a heterossexual (62,0%), seguido de UDI (20,9%) e Homossexual (9,1%). Os dados divulgados

pela Vigilância Epidemiológica do Estado revelam a mudança da epidemia desde seu surgimento, com o aumento dos casos por transmissão heterossexual, consequentemente uma intensa feminização da epidemia, em contrapartida uma diminuição dos casos entre os UDI. Em 1987, havia 4 casos em homossexual, 2 casos em heterossexual e 10 casos em UDI; em 1991, registra-se 33 casos em homossexuais, 55 casos em heterossexuais e 179 casos entre UDI; em 1996, temos 93 casos em homossexuais, 452 casos em heterossexuais e 384 casos entre UDI; no ano de 2001, tivemos 124 casos em homossexuais, 1.056 casos em heterossexuais e 359 casos entre UDI; e no ano de 2011, constata-se, 127 casos em homossexuais, 530 casos em heterossexuais e 49 casos entre UDI (SANTA CATARINA, 2010a, 2010b, 2011b). A feminização da epidemia da aids no Estado, caracteriza-se a partir da significativa diminuição na razão de masculinidade. O primeiro caso de aids em mulheres ocorreu em 1987, desde então, o número de casos nesta população vem crescendo, passando de 4,8 homem para cada 1 mulher em 1987, para 1,7 homens para cada 1 mulher, em 2011 (SANTA CATARINA, 2009a, 2010a, 2010b).

Quanto aos UDI, a série histórica menciona que estes foram os grupos populacionais mais atingidos nos primeiros anos do surgimento da aids. No entanto, observa-se ao longo da epidemia, uma redução expressiva da infecção pelo HIV entre os mesmos, possivelmente associada a contribuição da Estratégia de Redução de Danos, respaldada pela Lei Estadual Nº 11.063/1998 que autorizou a Secretaria de Estado da Saúde a compra e distribuição de seringas, agulhas descartáveis aos usuários de drogas (MALTA, 2008; SANTA CATARINA, 1998, 2011b). Tal ação é uma das estratégias das políticas públicas de saúde que tem por objetivo evitar a possível transmissão do HIV em consequência das práticas de risco, mediante o não compartilhamento de agulhas contaminadas (MALTA, 2008). O decréscimo da contaminação entre a categoria de UDI pode estar relacionada ainda à mudança no perfil do uso de drogas no país, seja a migração para o uso de outras drogas ou outras formas de uso. Apesar das mudanças evidenciadas entre este grupo populacional, o perfil de transmissão com a categoria UDI em Santa Catarina, encontra-se ainda acima da média nacional (MALISKA et al., 2011; SANTA CATARINA, 2010a, 2010b).

A distribuição dos casos de aids por incidência no estado demonstram que apesar do fenômeno da interiorização da epidemia ter ocorrido, seguindo a tendência nacional, é na faixa litorânea do estado que se concentra o maior número de casos de aids. Esta situação, justifica-se ao histórico do uso de drogas injetáveis no estado,

decorrente as rotas de escoamento do tráfico, bem como pela intensa movimentação de pessoas em seus balneários, portos e aeroportos, o que contribui para uma alta incidência da doença nesta região, e por sua vez exigiu resposta diversificadas, com ações de prevenção e promoção da saúde (MEIRELLES, 2003; BOING, LUNARDON, 2009; MALISKA et al., 2011).

Há também a questão da pauperização, que segundo Bastos e Szwarcwald (2000), as desigualdades econômicas, sociais e culturais são fatores que interferem diretamente na vulnerabilidade de populações específicas à transmissão do HIV/aids e, neste contexto, menciona que a escolaridade é um dos indicadores utilizado para avaliar a situação social das pessoas atingidas pela aids. Em Santa Catarina, dos casos diagnosticados do período de 1984 a 2009, 65,5% apresentam nível de escolaridade até o primeiro grau e 6,4% escolaridade de nível superior. O Estado desde sua primeira notificação apresenta em sua grande maioria os registros de casos na população com menor nível de escolaridade, o que vem se mantendo até os dias atuais (SANTA CATARINA, 2009a, 2011b).

No que se refere ao contexto histórico em que a aids surgiu e evoluiu no estado de Santa Catarina, este não se diferenciou muito de outros estados brasileiros, uma vez que as respostas à epidemia foram surgindo à medida que casos da doença foram sendo notificados (MIRANDA, 2003).

Neste contexto, é oportuno salientar ainda, que a Secretaria de Estado da Saúde de SC identificou períodos distintos na epidemia. Um primeiro momento de 1985 a 1996, onde observou um crescimento constante das taxas de aids no Estado, e um segundo período, a partir de 1996, caracterizado por uma redução na velocidade da epidemia, com oscilações anuais de aumento e decréscimo até o ano 2002 e, a partir de 2003, os casos de aids diminuem significativamente, independente do sexo dos indivíduos (SANTA CATARINA, 2009a, 2011b).

Como primeira resposta governamental à epidemia da aids no Estado foi criado em 1985 o Programa de Controle da Aids em nível estadual, como uma atividade pertencente ao Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Serviço de Dermatologia Sanitária, do extinto Departamento Autônomo de Saúde Pública, contando com a colaboração da Secretaria do Estado da Saúde, do Hemocentro e da extinta Fundação Hospitalar de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2011b).

Segundo Miranda (2003), a epidemia da aids propagou-se de forma crescente pelas diversas regiões do país, passando a exigir a

adoção de estratégias efetivas por parte dos órgãos competentes para o seu controle, como a criação de serviços especializados nas instituições de saúde para cuidar das pessoas com a infecção. Em Santa Catarina, ressaltava-se o Hospital Nereu Ramos (HNR), instituição de referência em doenças infecto contagiosas, localizado na cidade de Florianópolis, que dedicou os primeiros leitos para o atendimento aos pacientes com aids no Estado. Inicialmente, o hospital destinou quatro leitos para tais pacientes, porém por ser um hospital de referência, muitos eram os encaminhamentos oriundos das diversas regiões do Estado. Tão logo, foi preciso estruturar-se para atender a demanda de casos novos que surgiam diariamente (SANTA CATARINA, 2009a, 2010c; MIRANDA, 2003).

De acordo com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina, no ano de 1986 foram notificados oito casos e em 1987 dezessete casos, e tal progressão para o estado representava a instalação da epidemia em níveis alarmantes. Por este motivo, ainda no ano de 1987, foi implantada a Comissão Interinstitucional para o Controle da Aids no Estado, vinculada a Diretoria de Assuntos Básicos de Saúde (SES), com o objetivo de coordenar, planejar, executar e controlar os recursos indispensáveis ao controle da doença no estado, em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde (SANTA CATARINA, 2000; 2011b). Foi nesta mesma época que as respostas da sociedade civil frente a aids, foram sendo elaboradas no estado, com a participação dos profissionais da saúde, pessoas com a doença e interessados no tema. Tais movimentos iniciados no HNR, repercutiram na criação das primeiras Organizações Não Governamentais, em 1987, o GAPA – Grupo de Apoio às Pessoas com Aids e, em 1991, a FAÇA – Fundação Açoriana para o Controle da Aids (MIRANDA, 2003; SANTA CATARINA, 2011b).

Inicia-se ainda em 1987, o atendimento Ambulatorial do Hospital Nereu Ramos dedicado a pacientes com aids, formado nesta época, por uma equipe multidisciplinar para a assistência a estes pacientes, composta por dois médicos, duas enfermeiras, uma psicóloga e duas assistentes sociais (MIRANDA, 2003). Tal equipe foi essencial à divulgação de informação acerca da aids aos demais profissionais da saúde de todo Estado. Tão logo, o HNR mais que referência no diagnóstico, tratamento da aids, o mesmo tornou-se também referência na formação de estudantes e profissionais da área da saúde (MEIRELLES, 1998). Desta forma, o advento da aids fez com que o HNR passasse de um hospital esquecido pela sociedade, para uma instituição respeitada e reconhecida no diagnóstico, tratamento e

prevenção da aids em Santa Catarina.

Com a crescente demanda de casos novos da doença, na década de 1990, amplia-se a rede de assistência em aids, que em consonância com as respostas à epidemia no âmbito nacional, a partir dos Programas de Alternativas Assistenciais do MS, cria-se no Estado de SC, especificamente no HNR, novas formas de atendimento, como o Hospital-Dia e o Atendimento Domiciliar Terapêutico. Em 1991, ampliam-se as instalações do ambulatório e cria-se a ala V, unidade esta destinada à internação dos pacientes com aids (SANTA CATARINA, 2010c; MIRANDA, 2003).

Neste contexto, em meio ao aparecimento da aids e com a necessidade de estruturação de um serviço que atendesse as pessoas acometidas pela doença, os trabalhadores da saúde do HNR, viram-se diante da necessidade de gerenciar mudanças em sua prática profissional, de forma a prestar uma assistência segura e de qualidade às pessoas com HIV/aids (MEIRELLES, 1998; MIRANDA, 2003).

Neves et al. (2009) e Gir et al. (2005) ratificam esta idéia ao colocar que o surgimento da aids levou os profissionais que atuavam diretamente no cuidado aos pacientes, a se mobilizarem no sentido de enfrentar os medos, receios diante da doença, assim como de se capacitarem para melhor realizar suas práticas de cuidado, deixando-as menos desgastante e mais segura, no atendimento junto ao paciente.

Na trajetória histórica da aids, marcada por inúmeras políticas públicas de saúde face à epidemia, várias foram as repercussões, e neste contexto avanços, desafios, com a criação e/ou implementação de leis, portarias, programas, coordenações, voltadas tanto à organização dos serviços e melhoria da assistência às pessoas com a doença, quanto à melhoria das condições de trabalho dos profissionais da saúde.

No que se refere a organização dos serviços, em 1991, o Programa DST/Aids passou a fazer parte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, sendo criado no ano de 1994, uma Gerência Estadual de Controle das DST/HIV/Aids. No entanto, em meio ao contexto econômico, político, social e histórico em que a aids surgiu e evoluiu, desafios fizeram parte. A exemplo da política nacional de controle da aids, que constituiu sua história com avanços e retrocessos, o mesmo aconteceu no estado de Santa Catarina, a partir de uma reforma administrativa no ano de 1999, em decorrência de mudanças no quadro político no estado (SANTA CATARINA, 2000). Com o objetivo de reduzir o número de recursos humanos no quadro de pessoal da Secretaria de Saúde, a Gerência de DST/Aids foi extinta e o Programa voltou a ficar vinculado à Gerência de Controle de Doenças. Este fato



foi percebido como um retrocesso significativo, em relação às políticas públicas voltadas à aids no Estado, visto que houve uma perda de autonomia do Programa que passou a ser subordinado a outro setor. No entanto, a pressão da epidemia que avançava consideravelmente no estado, assim como de entidades e dos profissionais envolvidos com a questão, fez com que tal medida fosse revista, logo, em agosto de 2000 o Programa Estadual de Prevenção e Controle das DST e Aids retomou a posição de Gerência no Estado (SANTA CATARINA, 2000, 2011b).

Quanto à melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids, estas iniciaram já nos primeiros anos da década de 1990, especialmente no período de 1993 a 1997, que correspondeu ao primeiro financiamento do Banco Mundial, a partir do Projeto AIDS I. Neste projeto, a estratégia de intervenção esteve focada à melhoria da assistência dos pacientes com HIV/aids, através de ações que compreendiam o credenciamento de hospitais, a definição de condutas terapêuticas, políticas de medicamentos, a capacitação de profissionais para o manuseio clínico dos pacientes, assim como o desenvolvimento do Programa de Alternativas Assistenciais. Tal Programa dispõe sobre a implantação dos serviços alternativos à forma convencional de assistência, com conceitos individualizados em diferentes níveis de atenção, resolutividade diagnóstico-terapêutica, buscando o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência com os serviços do SUS (BRASIL, 2000).

A rede assistencial em DST/Aids no estado de Santa Catarina, até o ano de 2009, contava com a existência de 57 Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), contemplando os municípios que recebem recursos, bem como outros municípios que por seu perfil epidemiológico, capacidade de gestão e/ou localização estratégica de referência foram instituídos estes serviços (SANTA CATARINA, 2009c). Ainda com relação ao mesmo ano, encontram-se em funcionamento 07 serviços de Hospital-Dia, sendo três filiados a Secretaria Estadual de Saúde, destes, dois estão localizados em Florianópolis (Hospital Nereu Ramos e Hospital Infantil Joana de Gusmão), e um em São José (Hospital Regional de São José), e quatro serviços municipais, sendo eles Joinville, Chapecó, Blumenau e Itajaí. Quanto aos serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico, estão cadastrados ainda na CN-DST/AIDS 03 unidades em Santa Catarina, no entanto, estes serviços foram extintos no Estado, por ser uma modalidade de atendimento que teve maior propósito no início da epidemia, não correspondendo mais a política atual de assistência, visto que outras propostas de assistência domiciliar foram adotadas, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (SANTA CATARINA,

2011b).

Além da estrutura assistencial descrita, serviços mais recentes foram criados, como as Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-retrovirais (UDM), que são estabelecimentos integrantes de serviço de saúde que realizam gestão e dispensação de medicamentos anti-retrovirais, bem como seu acompanhamento e monitoramento. Até o ano de 2009, Santa Catarina constava com 48 UDMs cadastradas, sendo estas unidades alocadas das formas mais variadas, junto aos SAE, Centros de Saúde, Ambulatórios, Hospital Dia, Farmácias Básicas Municipais, entre outros (SANTA CATARINA, 2009a, 2011b).

Visando ainda monitorar a evolução clínica das pessoas HIV positivo, a introdução das terapias anti-retrovirais e a prevenção das infecções oportunistas, o Programa Nacional de DST/AIDS implantou e implementou a Rede Nacional de Laboratórios. No estado de Santa Catarina, existem 05 laboratórios habilitados: os Laboratórios Municipais de Itajaí, Joinville e Chapecó, e em Florianópolis o Laboratório do Hospital Universitário e o Laboratório Central de Santa Catarina (LACEN-SC), sendo este último também referência para os testes de genotipagem (SANTA CATARINA, 2011b).

Contudo, em relação a implementação dos Serviços de Assistência Especializada às pessoas com HIV/aids é oportuno ressaltar o quão importante foram as políticas públicas de saúde em aids no Estado, sobretudo à organização dos serviços e à assistência das pessoas com a doença, ao longo da epidemia. No entanto, apesar dos inúmeros serviços voltados à aids, sem sombra de dúvida a epidemia fomenta discussões. Vários são os questionamentos, a destacar a alta incidência da aids em Santa Catarina, visto que a região em que se localiza é considerada no cenário nacional como local com melhor acesso aos serviços de saúde e melhor nível cultural e econômico, quando comparado a outras regiões do país (MEIRELLES, 2003). Esta coloca, mesmo de maneira empírica, que os altos índices de aids em SC, em relação aos outros Estados do Brasil podem ter proporções muito maiores do que se conhece oficialmente. Frente a isso, medidas mais efetivas de prevenção devem ser adotadas nas regiões atingidas, pois os números são preocupantes e sinalizam que há muito que fazer para o controle da epidemia no Estado (MALISKA et al., 2011).

Logo, é de suma importância a prioridade de ações para o controle da epidemia da aids, envolvendo as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, por meio de políticas de enfrentamento, e sobretudo parcerias com a sociedade civil. Tendo em vista a necessidade freqüente de se adequar novas respostas às constantes alterações da

dinâmica da epidemia. Pois apesar dos avanços, pesquisas, políticas públicas na luta contra a aids em Santa Catarina, muitos também são os desafios, como: a necessidade de promover a equidade, visando reduzir as diferenças regionais; reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV e da Sífilis, conforme acordado no Pacto pela Vida; reduzir a taxa de incidência e mortalidade por aids; ampliar o diagnóstico precoce do HIV; ofertar insumos de prevenção na rede básica, como preservativos masculino, feminino e kit de redução de danos; ampliar o diagnóstico e tratamento das DST's na rede de atenção básica, fortalecer as redes sociais, assim como promover mecanismos com intuito de melhorar a qualidade do atendimento às pessoas com HIV/AIDS (SANTA CATARINA, 2011b).

## 2.4 EM FLORIANÓPOLIS

Florianópolis, cidade capital do Estado de Santa Catarina, situa-se no litoral catarinense e conta com uma parte insular - ilha de Santa Catarina, e outra parte continental incorporado à cidade em 1927, com a construção da ponte Hercílio Luz. Cercada por monumentos históricos e lindas praias, assim como a preservação do folclore, da culinária e da arquitetura dos seus pontos históricos centenários, heranças da imigração açoriana, confere a Florianópolis ainda mais encantamento e beleza. Sendo assim, é considerada a capital turística do MERCOSUL, escolhida pela ONU como uma das cidades com melhor qualidade de vida do país (PMF, 2011a).

Com base no Censo demográfico do IBGE/2010, a cidade apresenta uma estimativa populacional referente ao ano de 2011, de 427.298 habitantes, sendo 205.967 homens e 221.331 mulheres. A concentração maior da população, com 41,6%, encontra-se na faixa etária entre 25 a 49 anos (IBGE, 2010).

O município para melhor executar suas ações de saúde à população, no âmbito do SUS, está dividido em cinco Distritos Sanitários de Saúde, os quais abrangem a região Centro, Leste, Norte, Sul, localizados na ilha e a região do Continente (Quadro 1). Sua Rede de atenção à saúde conta com 50 centros de saúde; 2 CEO (Centro de Especialidades Odontológica); 4 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), sendo 1 CAPSi (criança e adolescente) e 2 CAPSad (álcool e drogas); 4 Policlínicas; 3 bases do SAMU; 02 UPAs (Unidade de Pronto Atendimento); 1 Farmácia Escola; 1 Laboratório municipal; 1

Centro de Controle de Zoonoses; 50 ESB (Equipe de Saúde Bucal) e 114 ESF (Estratégia de Saúde da Família) (DATASUS, 2012).

DISTRITOS SANITÁRIOS	CENTROS DE SAÚDE	MODELO DE ATENÇÃO	POPULAÇÃO ESTIMADA (SMS/2011)
<b>CENTRO</b>	5	ESF = 17	85.017
<b>CONTINENTE</b>	12	ESF = 27	92.301
<b>LESTE</b>	9	ESF = 22	71.219
<b>NORTE</b>	11	ESF = 22	92.031
<b>SUL</b>	13	ESF = 26	86.730
<b>Total 5</b>	<b>50</b>	<b>ESF = 114</b>	<b>427.298</b>

**Quadro 3** – Quantitativo de Centro de Saúde e ESF por Distrito Sanitário e população estimada no Município de Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2012.

A Estratégia Saúde da Família é o modelo de Atenção a Saúde escolhido pelo município de Florianópolis, como eixo central das ações de saúde a sua população, regulamentada pela Portaria SS/GAB nº. 283/2007. Tal estratégia é considerada a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, tendo resolutividade superior a 80%. Nos últimos anos houve um incremento no número de ESF, de 47, no ano de 2004, para 114 em 2012, o que consequentemente ampliou a oferta de serviços e causou impacto significativo na qualidade de vida das pessoas (PMF, 2012).

Retomando a temática do estudo é oportuno ressaltar que a descrição breve acerca do funcionamento e organização dos serviços de atenção primária de saúde pública, no município de Florianópolis, ajuda-nos a compreender melhor os dados epidemiológicos acerca da aids, sua trajetória histórica e as respostas face à epidemia, assim como a estruturação dos serviços de assistência voltados às pessoas com a doença.

De acordo com a Vigilância Epidemiológica do município de Florianópolis, desde os primeiros casos de aids notificados, no ano de 1986 até o ano de 2010, foram registrados 4.240 casos, sendo 2.689 em homens, 1.343 em mulheres e 208 casos em crianças menores de 13 anos de idade. Mais recentemente, até outubro de 2011, o SINAN registrou 4.545 casos de aids no município (PMF, 2011b). Com relação ao sexo, atualmente, ainda há mais casos de aids entre os homens que

entre mulheres, no entanto, essa diferença vem diminuindo ao longo da epidemia e o aumento proporcional do número de casos de aids em mulheres pode ser observado pela razão de sexos, que em 1989 foi de 7,3 casos em homens para cada mulher e em 2009 foi de 1,5 homens para cada mulher, configurando-se o fenômeno da feminização da epidemia na cidade, seguindo as tendências nacionais (PMF, 2011b). Em ambos o sexo, a faixa etária de maior incidência, encontra-se entre os 20 e 34 anos, intervalo este caracterizado por uma fase economicamente ativa e reprodutiva.

Em relação à categoria de transmissão, nos primeiros anos da epidemia, de 1986 à 1999, prevalecia a transmissão entre os UDI, com um total de 50%; seguido 20 % por relações homossexuais; 9,2 % por relações bissexuais; 15,8% em relações heterossexuais e 5 % por transmissão perinatal. O número de casos de aids em UDI continuou aumentando durante a década de 90, tendo seu pico no ano de 1995, quando foram registradas 141 contaminações por esta via, representando uma taxa de transmissão de 58,2% (BASTIANI et al., 2012). Neste contexto, o Programa Municipal de DST/aids do município de Florianópolis, ao estruturar-se a partir do ano de 1993, tendo conhecimento das altas incidências na cidade em relação a esta categoria de transmissão, passou a buscar alternativas para se aproximar destas populações de risco e conhecer sua própria dinâmica, a fim de estabelecer estratégias de intervenção (MALISKA, 2012).

No âmbito nacional, o Ministério da Saúde, desde 1994 assumia a Redução de Danos como estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/Aids e hepatites entre usuários de drogas injetáveis, por meio de uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, constituindo-se o primeiro projeto de Redução de Danos apoiado por este organismo internacional (BRASIL, 2003).

As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública, que visam reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas. O princípio fundamental que orienta estas ações é o respeito à liberdade de escolha, visto que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas, porém, necessitam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados (QUEIROZ, 2001).

A temática no âmbito do governo municipal ocorreu no Primeiro Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs, realizado de 30 de junho a 02 de julho de 1993 em Florianópolis, reunindo autoridades em saúde das esferas federal, estaduais e municipais, do representante no Brasil do Programa das Nações Unidas para o Controle

Internacional de Drogas, representantes de Organizações não Governamentais, profissionais de saúde, e demais participantes que representavam instituições de várias partes do Brasil. Neste seminário se discutiu a gravidade da transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis no Brasil, a experiência de Programas de Redução de Danos em alguns países, e a necessidade de se criar estratégias no país para reduzir a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis (SANTA CATARINA/ANAIS, 1993).

Como repercussão deste evento, o período de 1994 a 1997, foi marcado por diversos treinamentos e oficinas em Florianópolis abordando a temática da redução de danos, com a participação de profissionais da rede municipal de saúde e membros do Conselho Municipal e Estadual de Entorpecentes. No entanto, a oficialização desta proposta foi firmada pela assinatura de convênio específico entre a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis e Ministério da Saúde, no primeiro semestre de 1997 (BASTIANI, 2010; MALISKA, 2012). A partir da assinatura deste convênio, uma organização não governamental selecionou quatro agentes que passaram a fazer o reconhecimento dos campos, iniciando as atividades efetivamente em janeiro de 1998, realizando um trabalho educativo entre os UDIs e comunidades, distribuição de material educativo, preservativos e materiais para injeção estéril (LAGO, 1999).

A partir de então, passa-se a perceber uma queda progressiva da transmissão do vírus, entre os UDI e no final da década de 90, mais especificamente a partir de 1999, a transmissão do HIV passa a ser expressiva entre as relações heterossexuais, via de transmissão esta que prevalece até o momento. Pois, de acordo com o boletim epidemiológico do município, o ano de 2011 registrou que entre os homens, 44,2% dos casos se deram por relações heterossexuais, 29,0% por relações homossexuais, 15,9% por uso de drogas injetáveis e 10,1% por relações bissexuais. Entre as mulheres, 92,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 4,5% por uso de drogas injetáveis e 1,5% por relações bissexuais (PMF, 2011b).

Apesar das inúmeras políticas públicas de saúde em aids implementadas no município, com vista à prevenção, controle da epidemia, Florianópolis, infelizmente, dentre as capitais do Brasil, encontra-se em segundo lugar, com 57,9 casos a cada 100 mil habitantes, atrás apenas da capital gaúcha que apresenta 99,8 casos a cada 100 mil pessoas. No entanto, Porto Alegre lidera o ranking das capitais com maior taxa de incidência de aids, com muito mais folga em relação a Florianópolis, e em terceiro está Manaus, com 50,9/100 mil

(BRASIL, 2011a).

Contudo Maliska (2012) ressalta que desde o primeiro caso de aids notificado, até o ano de 1993, o qual marca a estruturação oficial do Programa Municipal DST/Aids, muitas ações foram instauradas no sentido de conter a epidemia, contando com esforços de profissionais de saúde, da sociedade civil e das esferas governamentais, do estado e município.

Nesta época, o Hospital Nereu Ramos por ser uma instituição de referência às doenças infecto contagiosas contribuiu não apenas com a assistência aos pacientes com HIV/Aids, visto que seu espaço institucional foi lócus das duas primeiras organizações não-governamentais do município e estado de Santa Catarina. Local, onde muitos de seus profissionais, voluntários, pacientes e familiares abraçaram a causa da aids desempenhando seu papel político e social, visando contribuir para a superação das dificuldades apresentadas na época (MIRANDA, 2003; SANTA CATARINA, 2010c).

Desta forma, em 06 de agosto de 1987, articula-se a primeira organização não-governamental voltada a aids em Florianópolis, criada nas dependências do Hospital Nereu Ramos, formada por profissionais de saúde (médicos, profissionais da enfermagem, assistentes sociais) e voluntários (GAPA, 1987). A iniciativa de criar o GAPA em Florianópolis foi influenciada por um movimento que se estendia por todo o país, cujo objetivo era apoiar a pessoa com aids face à rejeição social pela qual era submetida, bem como exigir das autoridades em saúde uma melhor estrutura de atendimento, como leitos hospitalares e os poucos tratamentos que se dispunha (MIRANDA, 2003; MALISKA, 2012).

Além da criação do GAPA, foi criado em 1ª de dezembro de 1991 a FAÇA (Fundação Açoriana para o Controle da Aids), segunda organização não governamental voltada a aids do município de Florianópolis, também nascida no Hospital Nereu Ramos, com a participação de profissionais de saúde e voluntários. Esta teve um enfoque mais técnico e político, mantendo suas ações definidas por projetos em diversas áreas, incluindo a prestação de assessoria jurídica, assistência psicológica, promoção de debates relacionados aos Direitos Humanos e prevenção às DST, HIV e Aids, e prestação de treinamentos em instituições (FAÇA, 2008).

Frente a complexidade que era o cuidado ao paciente com aids, a qual extrapolava em muito o campo da saúde, buscou-se através das ONGs, contemplar outras possíveis necessidades das pessoas com a doença. Assim, os profissionais de saúde e a sociedade civil somaram

esforços para resolução destas dificuldades, e tão logo estas organizações passaram a ter vida própria, desvinculando-se da questão institucional (MEIRELLES, 2003).

Maliska (2012) em seu estudo sobre a Implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis, coloca que o município em meio ao surgimento da epidemia, também passava por um período de reestruturação decorrente as transformações do serviço de saúde brasileiro, ocorridas no fim da década de 1980, antes da implantação do SUS. Neste processo, gradativamente, alguns serviços de saúde deixaram de ser de responsabilidade do estado para serem assumidos pelo município. Tais mudanças já eram reflexo das transformações do sistema de saúde, que vinha evoluindo no decorrer da década de 1980, em que se buscava implementar uma rede de serviços pautada na descentralização, tendo como base a atenção primária à saúde (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2011).

Segundo Ortiga e Conill (2009) uma das estratégias para o processo de descentralização da saúde foi a implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), iniciado em Santa Catarina no ano de 1982. Passado cinco anos, em julho de 1987, inicia-se a descentralização de recursos físicos, humanos e financeiros do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os estados e municípios. Ainda neste ano foram implantadas as bases do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), viabilizando o processo de municipalização de cerca de 90% dos municípios catarinenses até o fim da década de 1990 (ORTIGA; CONILL, 2009).

Inicialmente, a descentralização das ações em DST/Aids foi instituída através de uma política de incentivo, com a definição de um conjunto de municípios que receberiam recursos direto do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/aids e outras DST, utilizando-se critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das Secretarias de Saúde (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2011).

Nesta perspectiva da descentralização, foram implementadas as Normas Operacionais de Assistência do SUS (NOAS-SUS 2002), com a pactuação das competências de estados e municípios no processo de gestão. Esta norma provocou reflexo nas políticas em DST/Aids, pois deste modo, o Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, instituiu a Portaria Nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002, a qual determinou o incentivo, com vistas a melhor estruturar estes programas através de financiamento direto chamado “fundo a fundo” aos estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2002). A



partir desta política, foram eleitos em Santa Catarina, no ano de 2002, trinta e três municípios, que passaram a receber tal incentivo financeiro para uma melhor estruturação dos Programas Municipais em DST/Aids, de acordo com suas necessidades locais (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010). E neste contexto, o município de Florianópolis por atender aos critérios epidemiológicos da Portaria foi contemplado também por tal incentivo financeiro e a partir de então, passou a melhor estruturar as ações de vigilância epidemiológica, prevenção e assistência em aids.



### 3 BASES FUNDAMENTAIS DO ESTUDO

Além da trajetória epidêmica da aids, em meio ao contexto político, econômico, social e histórico, com seus avanços, pesquisas, políticas públicas de saúde em torno da epidemia, anteriormente descrita, outros assuntos também foram considerados fundamentais ao presente estudo, tendo em vista que serviram de base para melhor compreensão da evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde às pessoas com a doença. A destacar a temática - **vulnerabilidade e risco**, no contexto das práticas de saúde; - percepção dos trabalhadores da saúde com relação ao **risco biológico e vulnerabilidade** no seu processo de trabalho, em tempo de aids; - biossegurança, no âmbito do cuidar de si, como estratégia para evitar o acidente de trabalho envolvendo risco biológico, assim como - conduta pós acidente de trabalho, no sentido de minimizar a possível transmissibilidade do vírus HIV.

#### 3.1 CONTEXTUALIZANDO O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E RISCOS E AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Primeiramente cabe contextualizar que o termo vulnerabilidade é originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Humanos e designa em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos à cidadania (KOTTOW, 2003). Este termo freqüentemente utilizado na literatura geral é derivado do Latim, do verbo *vulnerare*, o que significa “provocar dano, injúria”, sendo este aplicado no sentido de desastre, perigo (NEVES, 2006).

A utilização da terminologia *vulnerabilidade* nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), encontra-se definida como: - Grau de suscetibilidade ou de risco a que está exposta uma população de sofrer danos por um desastre natural; - Relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente; e Probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre, estabelecida a partir de estudos técnicos (DECS, 2012). E por sua vez, o termo *vulnerável* também definido no DeCS como uma parte da população, incluso crianças, mulheres grávidas, idosos, pessoas sem

moradia, entre outras por estarem mais sujeitas às doenças e deficiências nutricionais, assim como grupos de pessoas em que a possibilidade de escolha é severamente limitada, sendo frequentemente reprimidas à coerção em sua decisão. Tais descritores apontam também para a dimensão ética, no sentido de proteção e defesa destes grupos (DECS, 2012; KOTTOW, 2003; NORTVEDT, 2003).

Nestas definições, faz-se referência a pessoas que apresentam alguma alteração de uma situação de "normalidade" biológica, referida ao seu ciclo de vida ou a sua condição so-cial e, desta forma, os grupos a que pertencem são entendidos como deficitários ou que foram de alguma maneira, prejudicado na sua "forma de viver a vida" (BARCHIFONTAINE 2007).

De acordo Sánchez e Bertolozzi (2007) o termo *vulnerabilidade* não se distingue do conceito *risco*, usados inclusive em muitos estudos como sinônimos. Segundo Ayres (2002; 2011) a epidemiologia tem tratado tradicionalmente o *risco* como núcleo central de seus estudos. De um modo geral, os estudos em epidemiologia buscam identificar nas pessoas, características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição, com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social. No termo *risco*, calcula-se a probabilidade e as chances maiores ou menores de grupos populacionais, adoecerem ou morrerem por algum agravo de saúde (AYRES, 2002, 2011). Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que enquanto o *risco* indica probabilidade, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social que antecede ao risco e que por sua vez determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (TAKAHASHI, 2006; SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007).

O conceito de risco nos dias de hoje, alcança praticamente todas as dimensões da vida e passa a ter uma conotação moral, como um exercício de opção entre uma forma de vida e outra, como processo dinâmico do viver humano (KOERICH et al., 2006).

Neste contexto, Lieber e Romano-lieber (2002) colocam ainda que há várias possibilidades para o conceito de risco. Pautado no referencial epistemológico objetivista, risco é um perigo objetivo que existe e pode ser medido à margem do processo social e cultural. Neste caso, o estabelecimento, o entendimento e a formulação de risco decorrem de consensos sociais. Motta (2009) ressalta que para o construtivismo, não existe o risco por si mesmo, sendo este produto construído decorrente de uma contingência histórica, política e social. Na visão relativista, risco e perigo são apenas formas de linguagem e a noção de risco, dá-se sempre em uma relação, onde valores de risco são

apresentados de forma comparativa para uma população (LIEBER, ROMANO-LIEBER 2002; MOTTA 2009).

O risco como construção coletiva, configura-se a partir da teoria cultural do risco, e é estabelecido pela cultura fazendo parte de uma estrutura de crenças que sustentam as relações sociais. Neste contexto, Luhmann (2008) relacionam quatro perspectivas para abordagem do risco: a *fenomenológica*, a *psicanalítica*, e a *estruturalista*. Na perspectiva fenomenológica, o interesse é pela forma como as pessoas percebem o mundo, como uma realidade é interpretada, usando, para isso, o senso comum e o conhecimento. A fenomenológica busca ainda o entendimento do risco como uma parte das relações de um sujeito com o outro, conforme uma cultura e dentro de uma estrutura social. Portanto, o entendimento de risco não é dado simplesmente pelo ambiente, mas também, pela influência das pessoas de maneira recíproca (PERES, 2002; LUHMANN, 2008).

Na perspectiva psicanalítica, estuda-se como as pessoas constroem a idéia de risco que decorre da relação de estranhamento entre o sujeito e o outro e, que para isso é importante entender a subjetividade, a autonomia, assim como, a aversão e o fascínio. Já a visão estruturalista, busca identificar como o conhecimento de risco e a sua prática se estabelecem através da estrutura cultural, das hierarquias e das categorizações, cujo objetivo é controlar os desviantes, pelo uso de normas e regulamentos (LUHMANN, 2008).

Por outro lado, a vulnerabilidade é compreendida não apenas como um conjunto de fatores que pode aumentar ou diminuir o risco a que estamos expostos nas diversas situações de nossa vida, mas também como a forma de avaliar as chances que cada pessoa tem de contrair doenças, sofrer acidentes ou adoecer, as quais envolvem desde a condição social, a fase do ciclo vital, o sexo, a escolaridade, até o conhecimento acerca do risco e suas possíveis medidas de prevenção (BARCHIFONTAINE, 2007). Tais chances variam e são dependentes tanto de fatores biológicos, como sociais e culturais, envolvendo, portanto, àqueles do ambiente de trabalho, assim como os relacionados aos profissionais.

Ser vulnerável, para Neves (2006), significa estar suscetível a perigo e nesse sentido, a autora distingue dois tipos de vulnerabilidade: a *intrínseca à vida humana ou primária* e a *vulnerabilidade secundária ou adquirida*. A vulnerabilidade existencial do homem é concebida como primária, enquanto que as deficiências circunstanciais, geram uma forma secundária. Portanto, o conceito de vulnerabilidade traz a perspectiva de que comportamentos individuais de exposição ao risco

são considerados em relação a um conjunto mais amplo de determinantes, que deve ser contemplado no planejamento das ações de prevenção as possíveis infecções (JUNGES, 2007; NICHATA et al., 2011).

De acordo com Ayres et al. (2003) há diferentes possibilidades de se aumentar ou diminuir as situações de vulnerabilidade, dentre as quais destaca três importantes: o fator *individual*, que se refere a capacidade de cada pessoa em adotar comportamentos seguros, que as torne menos vulnerável, assim como a capacidade de tomar decisões próprias; o *social*, que diz respeito à qualidade de vida das pessoas, como estas se relacionam com os outros e o quanto de seus direitos e suas necessidades são atendidas. E o terceiro fator, designado como *programático*, que tem relação com as ações que o governo e/ou instituições desenvolvem para aumentar o acesso da população à informação, serviço de saúde, além de outros. Enfim, a vulnerabilidade, depende em parte, de cada um de nós, da estrutura organizacional das instituições de saúde e, sobretudo da condição de cidadania de cada profissional (AYRES et al., 2003; ANJOS, 2006; LIEBER, ROMANO-LIEBER, 2004).

No contexto da doença, sendo esta compreendida como um processo dinâmico e multicausal, as noções de risco e vulnerabilidade passam também a assumir uma visão mais contextualizada sobre o adoecer, constituindo-se em circunstâncias e probabilidades da ocorrência de um determinado dano (GIRONDI et al., 2010).

Segundo Palmas e Mattos (2001) e Buchalla e Paiva (2002) a noção de risco e vulnerabilidade apesar de terem estreita relação, são distintas, e talvez a maior contribuição no debate e ação sobre a distinção de ambos os termos, esteja no esforço de deslocamento da noção do risco individual para uma nova percepção de vulnerabilidade social. Os estilos de risco são a rigor aspectos que muitas vezes participam e constituem os modos possíveis com que se lida com o mundo da vida, tal como se faz presente a cada um de nós, que inclui escolhas, padrões e predileção pessoais.

Risco é, portanto, “um constructo produzido, onde as pessoas lidam e percebem seus riscos e dos outros de modos variados e envolvem vários aspectos que ultrapassam os limites da tecnobiociência e alcançam dimensões imaginárias e simbólicas” (CASTIEL, 2002, p. 127). Tendo em vista, que as pessoas têm diferentes percepções de um mesmo perigo a que estão expostas e a necessidade de entender a percepção de risco está baseada, principalmente, em imagens, crenças e tem raízes em experiências anteriores (PERES, 2002). A percepção de

risco passa a ser, nesta perspectiva, a capacidade de compreender uma situação como danosa à saúde ou à vida, onde as experiências anteriores determinam ou não a noção de risco.

Ayres (2002) também ressalta que os riscos nos estudos tradicionais em epidemiologia têm uma identidade bastante sólida, com caráter eminentemente analítico, já a vulnerabilidade, como um conceito emergente, está mais voltada ao caráter sintético.

No conceito epidemiológico de risco, construíram-se instrumentos teóricos capazes de identificar associações entre eventos ou condições, patológicos ou não. Trata-se, portanto, de um processo *analítico*, onde se busca produzir um conhecimento objetivo, a partir da associação de caráter probabilístico (AYRES, 2002, 2011). Assim, o risco epidemiológico é a probabilidade de que um indivíduo de qualquer grupo exposto a um determinado agravo ou condição, venha também a pertencer a outro grupo, o dos “afetados”.

Já a vulnerabilidade, tem como propósito a busca da “síntese”, ou seja, trazer os elementos abstratos associados e associáveis ao processo de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada. Onde os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto do conhecimento sobre vulnerabilidade, diferentemente dos estudos de risco, que busca a universalidade e não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência. Logo, a vulnerabilidade tem como intuito expressar os potenciais de adoecimento e/ou não adoecimento, relacionados a *todo* e *cada indivíduo* que vive em determinado conjunto de condições (COLEMAN, 2009).

Na perspectiva da vulnerabilidade entre os trabalhadores da saúde, frente a possível exposição aos acidentes de trabalho, no decorrer de sua prática laboral, assim como do acometimento que possa levar a morte, estes resultam tanto de aspectos individuais, como do contexto ou das condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos em questão e, simultaneamente, a possibilidade e os recursos para o seu enfrentamento (SÊCCO et al., 2002; SANTOS et al., 2012).

Neste contexto, há de se ressaltar o surgimento da epidemia da aids, fenômeno histórico este determinante para que pesquisadores e profissionais de saúde, pudessem repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade. Sem sombra de dúvida, a partir da década de 1980, o termo “vulnerabilidade” assim como “vulnerável” passa a ser recorrentemente utilizado nas pesquisas em saúde e comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde (BARBOSA, SAWYER, 2003; AYRES et

al., 1999).

No que se refere a temática aids e vulnerabilidade, Jonathan e Tarantola (1993) propõem que a mesma seja interpretada segundo a interação de três dimensões, a *individual*, a *programática* e a *social*, pois, entende-se que a chance de exposição dos trabalhadores da saúde a transmissão pelo HIV é resultante de um conjunto de aspectos, não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para sua proteção.

A *Vulnerabilidade Individual*, diz respeito à ação individual de prevenção frente a uma situação de risco. Envolve aspectos relacionados a características pessoais, ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de proteção; bem como a atitudes pessoais frente à sexualidade, conhecimentos adquiridos sobre DSTs e aids; vivência da sexualidade e habilidades de negociar práticas sexuais seguras, crenças religiosas. A *Vulnerabilidade Programática*, refere-se as políticas públicas de saúde em aids para o enfrentamento da epidemia, assim como propostas com metas e ações a serem desenvolvidas pelos Programas de DST/aids à organização, distribuição dos recursos para prevenção e controle da epidemia. E a *Vulnerabilidade Social*, voltada à estrutura econômica, políticas públicas, em especial de educação e saúde, a cultura, ideologia e relações de gênero, as quais definem a vulnerabilidade individual e programática (JONATHAN, TARANTOLA, 1993; BUCHALLA, PAIVA, 2002; AYRES et al., 2003; NICHATA et al., 2011). Tais dimensões trazem importantes contribuições no sentido de dar visibilidade à questão social e subjetividade no que se concerne a vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde, na prestação do cuidado às pessoas com HIV/aids, assim como o de apontar as possibilidades de intervenção.

Pois, de acordo com Sabroza, Kawa e Campos (2007) a expansão da epidemia da aids na década de 1980 e as intervenções, no início, até então pouco eficazes para seu controle, provocaram o questionamento dos modelos epidemiológicos vigentes, que consideravam o risco individual como elemento nuclear de suas análises e dos modelos de prevenção, baseados numa abordagem comportamental, centrada no indivíduo.

Enfim, considerando que o caminho o qual pode levar o trabalhador da saúde a se submeter ao acidente de trabalho com exposição ao material biológico possivelmente contaminado pelo HIV é determinado por um conjunto de condições, individuais e institucionais,



não há como pensar em trabalhar com intervenções e/ou medidas de biossegurança, apenas com o trabalhador. Tendo em vista que outros autores e neste contexto, gestores e instituições de saúde, são responsáveis pela promoção de um ambiente de trabalho mais seguro (VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011; RIBEIRO et al., 2010).

### 3.2 RISCO BIOLÓGICO E VULNERABILIDADE: VIVENCIA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DO SEU PROCESSO DE TRABALHO EM TEMPOS DE HIV/AIDS

Primeiramente cabe ressaltar que o processo de viver humano é permeado por riscos, o qual pode ser interpretado como um conceito relativamente complexo, e muitas vezes, não percebido pelos indivíduos em todas as suas dimensões de vida. Inseridos nos serviços de saúde, seja no ambiente hospitalar, ambulatorial ou na atenção básica, os trabalhadores da saúde podem estar expostos a múltiplos e variados riscos, causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais, ergonômicos, entre outros. E neste contexto, o risco biológico prepondera entre os trabalhadores da saúde.

Segundo Canini, Gir e Machado (2005) o **risco biológico** é visto como a possibilidade de ocorrência de um evento danoso à integridade física e é inerente ao processo de viver. Tal como outros riscos, estabelece-se pela incerteza, entre o possível e o impossível, entre o provável e o improvável e representa a possibilidade de contato com material biológico, como sangue entre outros fluidos orgânicos que podem veicular agentes patogênicos, responsáveis em causar danos à saúde.

Nesta perspectiva Trindade et al. (2006) citam que dentre os agentes patógenos, os quais os trabalhadores da saúde estão expostos, encontram-se as infecções causadas por bactérias, vírus, clamídeas, fungos, entre outros. Mundialmente, as infecções apontadas como principais riscos biológicos são a tuberculose pulmonar, a citomegalia, a infecção pelo HIV e as hepatites virais, entre outras doenças infecciosas como rubéola, meningite, herpes, varicela e parotidite. No que se refere as vias de transmissão desses patógenos, destaca-se a respiratória, por contato e a sanguínea.

No entanto, Borba e Pereira (2005) ressaltam que os riscos de contrair infecção não são os mesmos para todos os indivíduos, variam de lugar para lugar, entre sexo, idade e grupos sociais. E, para que haja

infecção é necessária a presença de um agente específico, um meio ambiente propício à transmissão e um hospedeiro suscetível. A interação desses três elementos é explicada de diversas maneiras na epidemiologia, uma das quais, é representada pela cadeia epidemiológica, com a qual tenta ordenar a sequência dos principais aspectos biológicos envolvidos nos eventos que levam à infecção ou à doença (TORTORA; FUNKE; CASE, 1997).

Historicamente, os trabalhadores da saúde não eram considerados como categoria de risco para acidente e/ou doença profissional. Esta concepção surge no início dos anos 40, a partir da constatação dos agravos à saúde em profissionais de laboratório ao manipularem material clínico com microorganismos. E somente na década de 1980, com a epidemia da aids, maior preocupação houve do governo, assim como dos próprios trabalhadores da saúde com as questões voltadas à biossegurança (COSTA-COUTO, 2007).

A adoção de medidas de biossegurança, sobretudo o uso adequado do EPIs pelos trabalhadores da saúde, quando em contato com material biológico, faz-se necessário à minimização da possível transmissão do HIV, entre outros patógenos veiculados pelo sangue. Tal conduta justifica-se ao considerarmos que todos pacientes são fonte de risco potencial de transmissão à infecção, independente da existência de suspeita ou confirmação de que ele tenha uma doença infecciosa. Entretanto, os trabalhadores de saúde, pela natureza do seu trabalho, caracterizado pela necessidade de contato direto junto ao paciente, na realização de procedimentos, os quais envolvem o manuseio com material biológico, estão expostos cotidianamente aos riscos (VIEIRA; PADILHA, 2008; RAPPARINI, 2008; NEVES et al., 2011). E neste contexto, a enfermagem dentre as demais categorias da saúde são os profissionais mais vulneráveis, pois além de representarem o maior contingente, são os reconhecidos como a maior força de trabalho presente nas instituições de saúde, e permanecem a maior parte do tempo junto ao paciente, executando o “cuidar” na perspectiva do “fazer” e, conseqüentemente, expondo-se a vários riscos (SOUZA, MIRANDA, FRANCO, 2011; BARRA et al., 2010).

O que vai determinar a ocorrência dos riscos acontecerem ou não será o comportamento, a atitude, assim como as situações de vulnerabilidade, no decorrer da sua prática laboral no cuidado ao paciente. Nesta perspectiva, Vieira, Padilha e Pinheiro (2011) ressaltam a importância de estudos que focalizem os fatores associados à ocorrência dos acidentes de trabalho com material biológico, pois estes

poderão contribuir para aumentar a compreensão sobre os processos determinantes para a ocorrência dos mesmos, assim como gerar subsídios para novas pesquisas e programas de intervenção em outros contextos sociais.

Vários são os estudos que mencionam os problemas que contribuem para a elevada ocorrência dos acidentes de trabalho envolvendo material biológico entre os trabalhadores da saúde, a destacar a incipiente formação dos profissionais, o que reforça a presença de dois importantes e influentes fatores no agravamento dos riscos ocupacionais, tais como a falta de conhecimento acerca dos riscos, assim como, as dificuldades de compreender, aceitar e atender as medidas de higiene e segurança (VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011; BAKKE, ARAUJO, 2010; SILVA et al., 2011; MARZIALE, RODRIGUES, 2002; GALON, ROBAZZI, MARZIALE, 2008; LOPES et al., 2011).

No que se refere a falta de conhecimento acerca dos possíveis riscos existentes no ambiente de trabalho este foi bastante vivenciado pelos trabalhadores da saúde diante do novo, do desconhecido como no surgimento da aids. A falta de conhecimento sobre a real forma de transmissão do HIV, associado ao fato de ser uma doença incurável, até então devastadora às pessoas por ela acometida gerou à sociedade e aos trabalhadores da saúde sentimentos de medo, receio, rejeição, insegurança (GIR et al., 2005). Deste modo, alguns dos profissionais implicitamente recusaram a trabalhar no cuidado aos pacientes com a doença, que associado, na época, a escassez de recursos humanos, a agressividade de alguns pacientes pela condição de estar com a doença, assim como a gravidade dos mesmos pela falta de tratamento eficaz no início da epidemia repercutiu na sobrecarga de trabalho, e consequentemente foi determinante no aumento das situações de vulnerabilidade, risco dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids.

Segundo Schmoeller et al. (2012) a sobrecarga de trabalho é inerente aos profissionais da saúde, dada a correria, agitação, jornada de trabalho dupla e às vezes até tripla. Fato este que merece especial atenção, visto que o trabalhador cansado, estressado, com fadiga física e/ou mental torna-se mais vulnerável aos acidentes de trabalho.

Além do exposto, Vieira, Padilha e Pinheiro (2011) complementam ainda que o risco para ocorrência dos acidentes de trabalho envolvendo material biológico entre os profissionais da saúde, no início da epidemia da aids e ao longo da mesma, dá-se a não adesão as medidas de biossegurança, as quais inclui o não uso do EPI, o

manuseio inadequado dos objetos perfurocortantes, a falta de atenção, descuido durante o procedimento, entre outros. Pois, embora passado mais de vinte anos desde o surgimento da aids, infelizmente alguns trabalhadores da saúde subestimam o uso das medidas de biossegurança, no decorrer da sua prática de cuidado junto ao paciente, o que os torna mais vulnerável ao risco para acidente de trabalho.

De acordo com Koerich et al. (2006) a resistência às medidas de biossegurança pelos trabalhadores da saúde, dá-se a subestimação do risco de se infectar, tendo em vista que por sua onipotência, sentem-se protegidos, não acreditam nos riscos e/ou desconhecem. Para Spricigo e Madureira (2003), alguns dos trabalhadores da saúde até conhecem os riscos, porém de forma genérica e esse conhecimento não se transforma em uma ação mais segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.

Desta forma, os riscos ocupacionais, no ambiente de trabalho, podem ser ou estar ocultos, por ignorância ou ainda por falta de conhecimento ou de informação, situação em que o trabalhador sequer suspeita da sua existência. Pode estar latente, o qual só se manifesta e causa danos em situações de emergência ou condições de estresse. E o risco pode ainda, ser real, conhecido de todos, porém, sem possibilidade de controle, dado aos custos que representa para a instituição ou por falta de vontade política (SÊCCO et al., 2002; SANTOS et al., 2012).

Na sociedade em geral, com destaque entre os trabalhadores da saúde, infelizmente persiste a idéia de que a possibilidade de risco só existe para o outro e nunca para si (NICHATA et al., 2008). Logo, é possível ratificar que apesar dos vários estudos mencionarem a presença da vulnerabilidade entre os trabalhadores da saúde à possível ocorrência de acidente de trabalho envolvendo material biológico, no momento em que prestam o cuidado ao paciente, não se pode desprezar que a noção de invulnerabilidade infelizmente existe e perpassa pelo pensamento de alguns dos trabalhadores da saúde. Mas, seja qual for a percepção do trabalhador, acerca da (in)vulnerabilidade é preciso ter cautela durante a prestação do cuidado, principalmente nos casos em que há exposição ao conteúdo biológico, a fim de minimizar a possível transmissibilidade do vírus HIV (GIR et al., 2004).

De acordo com Costa-Couto (2007) a sensação de invulnerabilidade percebida por alguns dos trabalhadores da saúde, dá-se ao longo tempo de serviço, assim como, as experiências nas habilidades técnicas, situações estas que fomentam sentimentos de “proteção” e que acabam por dispensar a adoção das medidas de biossegurança. Corroboramos com o autor e ressaltamos que o

trabalhador de saúde ao não reconhecer sua vulnerabilidade frente a infecção, predispõe-se à exposição de patógenos, ou seja, passa a utilizar os EPIs somente no momento em que cuida do paciente, cujo diagnóstico para o HIV é conhecido. Fato este preocupante, face ao elevado percentual de pessoas HIV positivo, que desconhecem seu estado de soropositividade.

Ainda com relação aos riscos biológicos por consequência da não adesão as medidas de biossegurança, Canini et al. (2008) em seu estudo sobre acidentes com material perfurocortante entre a equipe de enfermagem de um hospital universitário, destaca o manuseio e/ou descarte inadequado do material perfurocortante, recipientes superlotados, transporte de agulhas desprotegidas, desconexão da agulha da seringa, assim como ao reencape de agulhas contaminadas. Pois, dentre os acidentes envolvendo material biológico, os perfurocortantes são os maiores agentes causadores. E neste contexto, a falta de atenção, o descuido do trabalhador da saúde durante o manuseio inadequado do perfurocortante, caracteriza-se como um agravante, uma vez que aumenta tal situação de vulnerabilidade à ocorrência do acidente de trabalho e por consequência a possível transmissão do HIV (SILVA et al., 2011).

Ao longo da epidemia da aids, a percepção do trabalhador da saúde com relação ao risco biológico e vulnerabilidade mudou. No início da epidemia, o risco existia, porém não se conhecia a magnitude do problema, tendo em vista a falta de conhecimento sobre a real forma de transmissão do HIV. Apesar dos avanços, pesquisas, políticas públicas de saúde em meio ao contexto político, econômico, social e histórico em que a aids surgiu e evoluiu, o risco se manteve; todavia, o trabalhador da saúde adquiriu conhecimento suficiente para saber que a probabilidade à ocorrência do mesmo, depende de suas atitudes, comportamentos, no que se refere a adesão das medidas de biossegurança no decorrer da sua prática laboral, assim como das situações de vulnerabilidade que os antecedem.

Segundo Grangeiro, Laurindo e Teixeira (2009) as políticas de públicas de saúde com relação a aids aconteceram em fases distintas, considerando a participação governamental, em resposta a ativa participação da sociedade civil, incluso profissionais da saúde, pessoas com a doença e interessados pela temática. Neste contexto várias foram as políticas públicas de saúde em aids, inclusive àquelas voltadas à assistência das pessoas com a doença, que repercutiram na diminuição das situações de vulnerabilidade do trabalhador da saúde ao possível risco para acidente envolvendo material biológico, a destacar a política

de acesso universal e gratuita a Terapia Antirretroviral, assim como o acesso precoce ao diagnóstico. Ambas as políticas repercutiram em melhorias nas condições de trabalho, pois ao proporcionarem melhor sobrevida ao paciente, estes passaram a exigir menos dos profissionais, o que contribuiu para um ambiente de trabalho menos desgastante e mais seguro.

Dourado et al. (2006) enfatizam que a utilização da terapia ARV intensiva, introduzida a partir das políticas públicas de saúde em resposta à epidemia da aids, no ano de 1996, a qual garantiu o livre acesso da medicação essencial ao tratamento, a história da aids mudou, tendo em vista que a terapia ocasionou uma redução significativa no número de mortes pela doença, bem como de sua incidência e infecções oportunistas.

Desta forma, o acesso a terapia ARV e a possibilidade de um diagnóstico preciso e precoce, quanto a detecção de anticorpos Anti-HIV foi fundamental ao manejo adequado das pessoas com HIV/aids, uma vez que repercutiu na melhoria da qualidade de vida, assim como diminuiu as morbidades relacionada à doença (GUIBU et al., 2011; REIS et al., 2011).

Nessa perspectiva de visualizarmos o HIV/aids como uma doença crônica, pela possibilidade de longevidade e de qualidade de vida que as pessoas com HIV têm conquistado ao longo da epidemia, Schaurich, Coelho e Motta (2006) trazem um alerta também aos trabalhadores da saúde da necessidade de um cuidado maior consigo, que aprofundem o olhar para si, adotando e/ou intensificando práticas de cuidado a sua saúde e segurança, já que para cuidar do outro, é preciso cuidar de si.

Nesse processo de cuidar do outro, Portela e Lotrowska (2006) enfatizam que independente do diagnóstico soropositivo para o HIV do paciente é de fundamental importância que os trabalhadores da saúde, no âmbito da prestação do cuidado adotem as devidas medidas de biossegurança, quando em contato com material biológico, com ou sem o diagnóstico prévio, do sujeito do cuidado. Pois, a transmissão do HIV, entre outros patógenos transmissíveis pelo sangue e/ou fluidos, não escolhe quem e quando irá ocorrer (VIEIRA; PADILHA, 2008).

Diante da proximidade e vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde frente ao risco para acidente de trabalho envolvendo material biológico possivelmente contaminado pelo HIV, cabe as instituições de saúde adotarem estratégias e/ou medidas de intervenções que dêem maior visibilidade aos riscos biológicos. Haja vista que, a identificação precoce dos possíveis riscos pelos trabalhadores da saúde em seu ambiente de trabalho, a partir de capacitações, estudos em campo, ajuda

a evitá-los (RIBEIRO et al., 2010; MACHADO, FLOR, GELBCKE, 2009).

Dentre as formas para evitar e/ou minimizar as situações de vulnerabilidade e por consequência os possíveis riscos para a ocorrência dos acidentes de trabalho, está a sensibilização tanto dos gestores, instituições, quanto dos trabalhadores. Tendo em vista o preponderante papel dos mesmos, no (re)planejamento de estratégias que vão além apenas de evitar os acidentes e sim de promover a saúde, a qualidade de vida do trabalhador em suas atividades laborais.

### 3.3 BIOSSEGURANÇA: CUIDADO DE SI COMO ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR O ACIDENTE DE TRABALHO ENVOLVENDO RISCO BIOLÓGICO

Ao descrevermos sobre biossegurança no contexto do cuidar de si como estratégia à minimização dos possíveis acidentes de trabalho envolvendo material biológico é de fundamental importância ressaltarmos que infelizmente alguns dos trabalhadores da saúde não dão o devido interesse aos riscos, os quais estão expostos ao longo da sua prática laboral (CAMARGO; LACERDA; SARQUIS, 2010). Sendo comum colocarem a situação para o “outro lado”, como se entre os mesmos houvesse uma barreira que os impedisse de se contaminar. E este “outro lado”, segundo a perspectiva dos trabalhadores da saúde é de quem esta sendo cuidado, ou seja, o paciente, a outra unidade, o outro hospital, o outro leito, qualquer coisa e pessoa, menos a si mesmo. Tendo em vista que para alguns dos trabalhadores, o sentimento de invulnerabilidade predomina e nesta perspectiva o contágio de fora não é capaz de ultrapassar muros, armadura, construídos ao longo de muitos anos de trabalho (NICHATA et al., 2008). Neste contexto, corroboramos com os autores de que na sociedade em geral, incluso entre os trabalhadores, há um descaso com as ações de prevenção, com o “cuidado de si”, haja vista a persistente idéia de que o risco só existe para o outro e nunca para si.

O “cuidar de si” entre os trabalhadores da saúde, mais que fundamental é indispensável, no momento em que prestam o cuidado ao paciente. Pois, mais que compreender ações e comportamentos para a redução dos riscos, doenças e/ou agravos, o cuidar de si implica um retorno do olhar para si, no sentido de conhecer-se e desta forma permite que o trabalhador da saúde reconheça as situações de vulnerabilidade, a

fim de evitar os possíveis riscos no ambiente de trabalho. Entretanto, voltar-se para si não significa fechar-se em si mesmo, mas estabelecer-se a partir das relações com o outro, o que faz do cuidado de si uma prática segura (CAMARGO; LACERDA; SARQUIS, 2010)

De acordo com Silva et al. (2009) o cuidar de si, significa “conhecer-se” e “reconhecer-se” e caracteriza-se como uma via de comunicação entre o sujeito e o meio social que permite filtrar verdades e prescrições amplamente instituídas e aceitas, possibilitando aos sujeitos resistência, recusa ou incorporação das mesmas.

No âmbito da saúde do trabalhador, o cuidado de si envolve questões acerca de comportamentos, atitudes e possibilidades, a destacar a adoção das medidas de biossegurança, com vista à saúde, segurança e qualidade de vida (SILVA et al., 2009; OLIVEIRA, CARDOSO, MASCARENHAS, 2009). Concordamos com os autores, todavia complementamos que os trabalhadores da saúde, no decorrer da sua prática laboral, reflitam sobre os sentidos atribuídos ao cuidado de si, reconheçam que para a redução dos acidentes de trabalho e possíveis danos à saúde não basta defender a utilização das medidas de biossegurança. Uma vez que o cuidado de si é amplo e incentiva comportamentos mais saudáveis de modo articulado, os quais envolvem não só o conhecimento de si, mas também do seu ambiente de trabalho (CAMARGO, LACERDA, SARQUIS, 2010; MACHADO, FLÔR, GELBCKE, 2009). Já que o conhecimento do ambiente de trabalho, da função de cada setor e das atividades desenvolvidas por cada trabalhador, assim como dos possíveis riscos ocupacionais é uma das estratégias essenciais à biossegurança, tendo em vista que a identificação dos mesmos, ajuda evitar os acidentes de trabalho.

Ainda com relação a identificação dos riscos no ambiente de trabalho, Vieira, Padilha e Pinheiro (2011) ressaltam a importância da organização de um sistema de vigilância em saúde, para que as informações acerca do acidente possam ser facilmente analisadas, utilizadas e sirvam não apenas ao controle, monitoramento do trabalhador submetido ao acidente, mas principalmente à prevenção, assim como à promoção de um trabalho mais seguro.

Nesta perspectiva, Koerich et al. (2006) colocam que a forma como os trabalhadores da saúde identificam e percebem os riscos, sobretudo o biológico e o cuidar de si, traz à tona a importância de se discutir vulnerabilidade, risco e biossegurança e de incluí-los na discussão do conceito ampliado de saúde, o que implica em pensar qualidade de vida.

No que se refere as situações de vulnerabilidade à ocorrência dos



acidentes de trabalho envolvendo risco biológico, os estudos abordam fatores *individuais*, relacionado ao próprio trabalhador, e os *Institucionais*, de responsabilidade da instituição e/ou dos gestores (GUILARDE et al., 2010; OLIVEIRA, LOPES, PAIVA, 2009; GALON, ROBAZZI, MARZIALE, 2008; RAPPARINI et al., 2007; CHIODI, MARZIALE, ROBAZZI, 2007).

Primeiramente, com relação aos condicionantes institucionais, os autores mencionam a inexistência de supervisão e de rotinas sobre o uso das precauções; a correria/agitação do serviço; a falta de recursos humanos; a má condição e/ou indisponibilidade dos recursos materiais, caracterizada pela falta de recipiente adequado para desprezo dos objetos perfurocortante, a falta ou inadequação dos EPIs; assim como a falta de educação continuada (NEVES et al., 2011; GIR et al., 2004).

A respeito da educação continuada, esta não deve estar sustentada na idéia de risco, uma vez que práticas ocupacionais desprotegidas, apresentam-se insuficientes à prevenção dos possíveis acidentes de trabalho envolvendo material biológico. Neste sentido, é preciso ir além, não basta fornecer os EPIs, é necessário sensibilizar, capacitar, bem como escutar os anseios, as dúvidas dos trabalhadores da saúde, no que se refere a adoção e uso correto das medidas de biossegurança.

Ademais, ainda sobre a educação continuada, Hinrichsen (2004) e Machado, Flôr, Gelbcke (2009) enfatizam a importância da mesma, e, sobretudo, as freqüentes atualizações referente a temática estratégias de biossegurança, para que na correria, agitação no cotidiano do trabalho, estas não sejam esquecidas e/ou banalizadas, visto que a desatualização ou a inexistência deste conteúdo, dificulta o acompanhamento do avanço científico, assim como de sua adoção pelos trabalhadores da saúde. A autoras complementam ainda que a educação continuada faz-se necessário à existência de uma supervisão interessada, atualizada, que atue junto aos trabalhadores e neste contexto ressalta que igual importância deve ser dada a avaliação constante das medidas de biossegurança, para seu aperfeiçoamento e/ou adaptações, no sentido de atender as necessidades circunstanciais (HINRICHSEN, 2004; CIESIELSKI, METLER, FLEMING, 2003). Uma vez que cada serviço tem suas peculiaridades, muitas destas influenciadas pelos recursos humanos e materiais disponíveis, tão logo, as medidas de biossegurança não devem ser copiadas e sim adaptadas a realidade local. Pois, quando confiáveis e aplicáveis são de suma importância e pré-requisitos essenciais aos trabalhadores da saúde, no âmbito de sua prática de cuidado. E desta forma devem caminhar junto, aos serviços de saúde ocupacional e ao Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no

delineamento de rotinas, através de protocolos, programas de triagem, monitoramento, avaliação, entre outras atividades (LOUREIRO et al., 2009; SARQUIS et al., 2009; SANTA CATARINA, 2008).

Além da responsabilidade das instituições/gestores no que concerne as questões relacionadas a biossegurança, estas devem ser trabalhadas ainda pelos trabalhadores da saúde, tendo em vista a existência dos fatores individuais, além dos institucionais, conforme citado anteriormente, os quais influenciam à ocorrência dos possíveis acidentes de trabalho.

Segundo Oliveira, Lopes e Paiva (2009) os fatores individuais envolvem o não uso dos EPIs, associado ao sentimento de invulnerabilidade; a própria formação acadêmica; o manuseio inadequado dos objetos perfurocortante, a destacar a cultura errônea do reencape da agulha contaminada; a falta de atenção, descuido durante os procedimentos; tensão; estresse; cansaço muitas das vezes relacionado às extenuantes jornadas de trabalho.

Com relação ao sentimento de invulnerabilidade e por sua vez o não uso do EPI, Ribeiro et al. (2010) em seu estudo sobre “Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual” associam tal comportamento ao excesso de confiança, decorrente do longo tempo de serviço, ao significado atribuído por alguns dos trabalhadores às precauções, assim como a própria falta de conhecimento sobre os possíveis riscos no ambiente de trabalho. E tais comportamentos, atitudes repercutem na subestimação pelos trabalhadores da saúde à adoção das medidas de biossegurança, o que os deixa de certa forma mais expostos, vulneráveis aos acidentes de trabalho envolvendo, sobretudo, o risco biológico. Ainda neste contexto, outro aspecto relevante, mencionado pelos autores, que se constituiu um fator de interferência à adoção das práticas de biossegurança pelos trabalhadores da saúde foi à ineficiente formação profissional, no que diz respeito a sua segurança no momento em que prestam o cuidado ao paciente. Entretanto, felizmente, com a implementação da temática Saúde do Trabalhador nos currículos das Instituições de formação dos profissionais da área da saúde, maior interesse houve com as questões voltadas à saúde e segurança do trabalhador (CAMARGO, LACERDA, SARQUIS, 2010; OLIVEIRA, CARDOSO, MASCARENHAS, 2009).

A preocupação com a segurança dos profissionais da saúde, ampliou-se ainda mais, a partir da década de 1980, em meio ao surgimento da aids, e com ela, a possível transmissão ocupacional ao HIV, decorrente do acidente de trabalho envolvendo exposição ao material biológico possivelmente contaminado (VIEIRA, PADILHA,

2008; GIR et al., 2000).

Embora, a ênfase das políticas públicas de saúde em aids, no início da epidemia, estivessem mais voltadas à melhoria da organização dos serviços e à assistência das pessoas com a doença, Gir, Prado, Canini et al. (2005) ressaltam que a possibilidade da transmissão ocupacional do vírus HIV, fez com que o governo focasse sua atenção também às políticas públicas voltadas à melhoria das condições de trabalho. Desta forma, normas, protocolos ministeriais acerca da temática aids e sobretudo à biossegurança dos trabalhadores da saúde foram rapidamente socializadas, no intuito de proporcionar melhores condições de trabalho. Desde então, recomendações no sentido de proteger os profissionais foram preconizadas e periodicamente revisadas, alteradas, considerando-se a inovação de conhecimentos e a epidemiologia da doença (CDC, 2005).

Inicialmente, a preocupação com o trabalho mais seguro, em consequência ao advento da aids, caracterizou-se principalmente pelas políticas públicas voltadas à implementação dos EPIs descartáveis, ao fornecimento da vacinação contra Hepatite B, assim como a conduta quimioprofilaxia após acidente de trabalho (CDC, 2005).

A respeito da vinda dos EPIs descartáveis e a adoção dos mesmos pelos trabalhadores da saúde, ao longo da sua prática de cuidado junto ao paciente, quando em contato com sangue e/ou fluidos com sangue, estas foram importantes estratégias de biossegurança, tendo em vista que antes do surgimento da aids, os EPIs não eram descartáveis e havia apenas as luvas cirúrgicas, sendo estas utilizadas para alguns procedimentos. Pois, segundo Milani et al. (2011), os acidentes de trabalho envolvendo material biológico eram subestimados, embora sabidamente pudessem contribuir para a transmissão de muitas outras doenças infecto contagiosas veiculados pelo sangue, que igualmente ou até mais que o vírus HIV, conferiam agravos importantes à saúde, como é o caso do vírus da hepatite B, onde a transmissibilidade é de 1 para 3 casos e o da hepatite C, que é de 1 para cada 30, quando comparado a transmissão pelo vírus HIV que é de 1 para 300 (GALON, ROBAZZI, MARZIALE, 2008; FERREIRA, 2004; MILANI et al., 2011). Porém, na época, a aids por ser uma doença nova, da qual não se conhecia sua real forma de transmissão e até então devastadora às pessoas por ela acometida, causou muito medo, preocupação pelos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com a doença. Tão logo foi preciso estudar e a busca pelo conhecimento acerca da aids, sua forma de transmissão, assim como a socialização deste conhecimento foram estratégias, atitudes eficazes a segurança dos trabalhadores, uma vez que foram

essenciais à eliminação e/ou minimização dos possíveis riscos ocupacionais (NEVES et al., 2009).

Além disto, outras estratégias de biossegurança, como o uso dos EPIs, quando em contato com material biológico, a atenção, cautela, durante os procedimentos, sobretudo, no manuseio dos objetos perfurocortantes, foram atitudes adotadas pelos trabalhadores da saúde, haja vista o quantitativo número de acidentes de trabalho envolvendo agulha e/ou objetos cortantes (MARZIALE, RODRIGUES, 2002; CANINI et al., 2008; SILVA et al., 2011). Ainda neste contexto, Gershon et al. (2008) em seu estudo evidenciou que cerca de 70 à 80% dos acidentes de trabalho com material biológico apontaram falhas relacionadas ao procedimento envolvendo objetos perfurocortantes. Outro estudo, realizado por Vieira, Padilha e Pinheiro (2011), o qual analisou os acidentes de trabalho com material biológico entre os trabalhadores da saúde, ratifica o quanto a exposição percutânea, com um resultado de 73% é a principal causa destes tipos de acidentes.

Diante da expressiva transmissibilidade do vírus da hepatite B pela via sanguínea entre outros fluidos com sangue, assim como do quantitativo número de acidentes de trabalho envolvendo material biológico, o qual prepondera a exposição percutânea, é de suma importância as políticas públicas de saúde, tanto à preconização do esquema completo para vacina contra hepatite B, quanto a implantação e implementação do protocolo de conduta, pós acidente de trabalho. Medidas de biossegurança estas, relevantes e necessárias, uma vez que minimizam a possível transmissão do HIV, entre outros patógenos veiculados pelo sangue, quando na eventual ocorrência do acidente de trabalho com exposição ao material biológico contaminado, que não pode ser evitado (GIR et al., 2008).

Contudo, faz-se necessário voltarmos maior atenção ao problema e neste contexto é de fundamental importância o envolvimento não só do trabalhador, mas também dos gestores e/ou instituição, uma vez que ambos são responsáveis pelo (re)planejamento e desenvolvimento de ações educativas e preventivas, no âmbito da sua prática laboral. E por mais difícil que pareça, é preciso investir na segurança dos trabalhadores, enaltecer o cuidado de si, mediante a adoção das estratégias de biossegurança, no sentido de evitar e/ou minimizar os possíveis acidentes de trabalho, de forma a proporcionar um ambiente de trabalho mais saudável e seguro.

### 3.4 TRABALHADOR DA SAÚDE E A CONDUTA FRENTE AO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

A opção de introduzirmos este item com um breve resgate da história dos trabalhadores em geral, em meio a lutas, revoluções é no sentido de melhor compreendermos as conquistas trabalhistas, sobretudo àquelas voltadas à saúde e segurança do trabalhador.

O serviço de medicina do trabalho surgiu em 1830 na indústria têxtil inglesa com o intuito de reproduzir as possibilidades de associações causais das doenças e acidentes, entre o trabalho e a morbidade operária. Sendo assim, no campo do trabalho, tornou-se importante a busca de riscos que respondessem aos distúrbios específicos e as situações de perigo, localizadas no ambiente físico e por sua vez desconsideravam o ser humano, enquanto sua dimensão biopsicossocial. Apenas em 1940, no Brasil, é que começaram as preocupações com os problemas ocupacionais, sendo fundada a Associação de Prevenção de Acidentes do Trabalho (ALMEIDA, 2007). Nesta década começam a surgir as primeiras relações entre a saúde e o trabalho, as quais se manifestaram em ações preventivas, alocadas junto aos ambientes ocupacionais, por consequência da Revolução Industrial que tinha a necessidade de aumentar a produtividade e reduzir perdas geradas por acidente e/ou doenças (DIAS, 1996).

Em 1943 entra em vigor a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), na qual representa um marco da proteção legal dos trabalhadores, pois com tais legislações muitas foram as conquistas, com ênfase principalmente na prevenção dos acidentes no ambiente de trabalho, mediante ações voltadas à Saúde e Segurança do Trabalhador (ALMEIDA, 2007; BRASIL, 2009b).

No âmbito do SUS, a Saúde do Trabalhador constitui uma área da saúde pública que tem como objeto de estudo e intervenção, as relações entre o trabalho e a saúde e como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio de desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador, assim como a organização e prestação da assistência aos mesmos, através de procedimentos que envolvem diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada no SUS. É um campo em construção que considera a determinação social do trabalho no processo saúde-doença, levando em conta a participação dos trabalhadores e do controle social (BRASIL, 2001; LOURENÇO, BERTANI, 2007; AUGUSTO, 2011).

No contexto da saúde do trabalhador, faz-se necessário conhecer o ambiente de trabalho, assim como os possíveis riscos neste ambiente, tão logo, não há como deixarmos de mencionar os acidentes de trabalho e estes de acordo com Santana, Nobre e Waldvogel (2005) podem ocorrer devido a inúmeros fatores que merecem minuciosamente serem investigados, considerando o processo de trabalho, as características dos trabalhadores, assim como, da própria organização. Os autores ainda conceituam como um acontecimento não programado, inesperado ou não, que interfere no andamento normal do trabalho e que causa perda de tempo e/ou lesão.

Waldvogel (2007) define acidente de trabalho como aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho e são classificados em acidentes de trabalho típicos e de trajeto (WALDVOGEL, 2007).

Os acidentes de trabalho típicos, caracterizam-se como um evento único, bem configurado no tempo e no espaço, de consequências geralmente imediatas, que ocorre pelo exercício do trabalho, acarretando lesão física ou perturbação funcional, resultando em morte ou incapacidade para o trabalho (temporário, permanente total ou parcial). E a definição do mesmo exige o estabelecimento do nexo causal, ou seja, da relação entre o acidente e o exercício do trabalho. Já o acidente de trabalho de trajeto é aquele que ocorre no percurso do local de residência para o de trabalho ou desse para aquele, considerando a distância e o tempo de deslocamento, compatíveis com o percurso do referido trajeto (ANDREOTTI, 2007; ALMEIDA, 2007).

Com ênfase nos profissionais da saúde, por serem os sujeitos deste estudo, os acidentes de trabalho permeiam também todo seu processo laboral, preponderantemente a partir do advento da aids, dado a possibilidade de transmissão ocupacional do HIV, decorrente do acidente de trabalho envolvendo material biológico.

O surgimento da aids e a possível transmissão ocupacional repercutiu na criação e implementação de várias políticas públicas de saúde voltadas à segurança dos trabalhadores. No entanto, por uma série de fatores, institucionais e/ou individuais, infelizmente ainda é expressivo o número de acidentes de trabalho com exposição ao material biológico entre os trabalhadores da saúde, consequentemente também inúmeras são as pesquisas, estudos acerca da temática (SILVA et al., 2011; PAIVA, OLIVEIRA, 2011; GALON, ROBAZZI, MARZIALE,

2008).

Embora o número de pesquisas abordando o referido problema tenha aumentado e de certa forma até contribuído para a aquisição de conhecimentos sobre a problemática dos acidentes de trabalho entre trabalhadores da área de saúde; as investigações, na maioria das vezes, retratam a realidade das subnotificações destes acidentes pelos estabelecimentos de saúde do país. E, a inexistência de dados sistematizados sobre a ocorrência dos acidentes, interfere no conhecimento da real magnitude do problema (ANDREOTTI, 2007; MARZIALE, NISHIMURA, FERREIRA, 2004; CORDEIRO, 2005; FACCHINI, 2005). Tais resultados das pesquisas têm sido imprescindíveis para as mudanças nas práticas de trabalho, uma vez que alertam para a necessidade de sensibilização dos trabalhadores, gestores e instituições sobre os riscos, sobretudo o biológico, dispostos no ambiente de trabalho, assim como, da necessidade de incentivo do registro e notificação, dos mesmos.

No que se concerne as notificações, o Ministério da Saúde, desde o ano de 1993, conta com um Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), implantado nas três esferas de governo que tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados coletados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica referente às doenças e/ou agravos de notificação compulsória. Incluso neste, está a notificação do acidente de trabalho com exposição a material biológico (ANEXO A), cujo a notificação obrigatória, dá-se a Portaria GM/MS 777 de 28 de abril de 2004 (BRASIL, 2004b).

Ainda neste contexto acerca das notificações, Melo e Azevedo (2004) ressaltam a importância das mesmas, bem como do preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), no sentido de contribuir posteriormente para o planejamento das ações voltadas à prevenção de doenças e/ou agravos. Corroboramos com os autores e neste contexto complementamos que a notificação, constitui-se uma importante fonte de informação à formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, uma vez que subsidiam o processo de tomada de decisão, pelos gestores, instituições e trabalhadores, com vista a proporcionar um ambiente de trabalho mais saudável e seguro.

Com relação a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, o MTE mediante a Portaria Ministerial GM/MTE n. 485, de 11 de novembro de 2005, aprova a Norma Regulamentadora 32. Esta estabelece requisitos e condições mínimas para a implementação das medidas de controle e sistemas preventivos, de forma a garantir a

segurança e a saúde dos trabalhadores que, direta ou indiretamente, apresentam suas atividades permeadas por uma série de riscos (BRASIL, 2005).

A NR 32, revela-se uma importante ferramenta para à prevenção dos acidentes de trabalho nos estabelecimentos de saúde, uma vez que se preocupa em conhecer antecipadamente o ambiente de trabalho, analisar os possíveis riscos, capacitar os trabalhadores, padronizar rotinas e desta forma evitar os agravos (BRASIL, 2005). Agravos estes, que muitas das vezes interferem fortemente no emocional/psicológico do profissional acidentado, principalmente quando se trata do acidente de trabalho envolvendo material biológico, possivelmente contaminado pelos vírus do HIV, hepatites, entre outras doenças infecto contagiosas.

Diante disso é oportuno enfatizarmos que o mais importante é o trabalho conjunto dos serviços de saúde com seus trabalhadores voltados à prevenção, no intuito de evitar os possíveis acidentes de trabalho envolvendo material biológico. Entretanto, quando estes infelizmente acontecerem, faz-se necessário também a existência de estratégias de biossegurança, a destacar o uso da quimioprofilaxia, a fim de evitar a transmissibilidade do vírus HIV, pois apesar de baixa, a mesma é diferente de zero. E segundo Sarquis et al. (2009) a introdução da quimioprofilaxia entre os trabalhadores submetidos ao acidente com material biológico, na primeira ou segunda hora após a ocorrência do mesmo e por um período de quatro semanas, esta associada a uma redução de 82% do risco de soroconversão, após exposição ocupacional. Neste sentido Miranda et al. (2011) destacam a importância das políticas públicas de saúde em aids à melhoria das condições de trabalho, sobretudo à segurança dos profissionais da saúde com a preconização de condutas, protocolos pós acidente de trabalho, com exposição ao material biológico.

No que diz respeito as condutas pós acidente de trabalho onde houve contato com material biológico possivelmente contaminado é de fundamental importância a notificação e o registro imediato do acidente de trabalho à chefia e/ou CCIH, ou outro órgão/setor responsável pelas questões relacionadas a saúde e segurança do trabalhador (BRASIL, 2004a, 2006; FONSECA, 2004; EL-FAR, RICHTMANN, 2002). Concomitante, o CDC preconiza ainda avaliação do acidente para indicação ou não da quimioprofilaxia, cuidados locais na área exposta, imunização contra o tétano e hepatite, monitoramento e acompanhamento clínico-laboratorial, assim como apoio psicológico, já que o acidente de trabalho e a possibilidade de contrair o HIV, acarreta não só danos físico, mas sobretudo mental (BRASIL, 2004a, 2006;



BRANDAO, 2002).

Com relação a indicação da quimioprofilaxia esta deve ser precedida de uma avaliação minuciosa, em função do tipo de acidente e da toxicidade das medicações, conforme fluxo de *Avaliação da Exposição no Acidente com Material Biológico* (ANEXO B), o qual aborda volume de inoculação, presença de sangue no dispositivo invasivo, profundidade da penetração da agulha ou objeto cortante, tipo e formato da agulha, assim como, característica do paciente fonte e a relativa imunidade do trabalhador acidentado (BRASIL, 2004a, 2006; VALIM, MARZIALE, 2011).

No que concerne as características do paciente-fonte, o início e a manutenção da quimioprofilaxia deverá ser avaliada, de acordo com o resultado sorológico do mesmo (BRASIL, 2004a; 2006). Segundo Rachid e Schechter (2002), o conhecimento da situação sorológica do paciente-fonte é de extrema importância e pode ser identificado por meio do prontuário, entretanto, quando estes não estiverem disponíveis é preciso solicitar o teste rápido do HIV, a partir do consentimento verbal e por escrito ao paciente e/ou responsável, informando-o sobre a natureza do teste, o significado dos seus resultados e as implicações do mesmo ao trabalhador. O teste rápido, como o próprio nome já diz deve apresentar o resultado no máximo em 30 minutos e sua realização no paciente-fonte justifica-se, pois se resultado negativo, a profilaxia poderá ser suspensa sem maiores consequências, evitando que o trabalhador use medicamentos de forma desnecessária (BRASIL, 2004a, 2006). Ainda com relação ao teste rápido, há a possibilidade de ocorrer resultados falso-positivos, decorrente de problemas técnicos nos procedimentos dos exames ou alterações biológicas no indivíduo, como semelhanças antigênicas entre microorganismo, doenças auto-imunes, infecções por outros vírus, entre outros, que determinam reatividade. Assim como, resultados falso-negativos relacionado a troca de amostra, ao uso de reagentes fora do prazo de validade, a pipetagem incorreta, bem como, ao transporte ou armazenamento inadequado das amostras (BRASIL, 2006; FONSECA, 2004).

Ademais, além da identificação da sorologia do paciente-fonte, faz-se necessário também, a verificação do estado sorológico do trabalhador submetido ao acidente. Desta forma, o soro deve ser coletado concomitante ao início da quimioprofilaxia, já que existe a possibilidade do profissional acidentado ser HIV positivo. E neste caso é de suma relevância que o ocorrido seja documentado, uma vez que poderá resultar em implicações legais, sendo o sigilo indispensável por todas as pessoas envolvidas no processo (TOLEDO, 2007).

Contudo, mais que o registro, avaliação do acidente de trabalho e *Esquema Quimioprofilático Antirretroviral após acidente com exposição ao HIV* (ANEXO C) quando indicado, o trabalhador da saúde submetido ao acidente com exposição ao material biológico deverá receber ainda atenção do profissional que o atender, orientação para prevenir a transmissão, apoio psicológico e acompanhamento/monitoramento (BRASIL, 2004a, 2006).

O acompanhamento, de acordo com o protocolo de conduta pós acidente de trabalho com exposição ao material biológico acontecerá por um período de 6 meses, com monitoramento aos 45, 90 e 180 dias após o acidente e por 12 meses, nos casos de coinfeção (Hepatite C + HIV). A indicação do mesmo, dar-se-á nos casos de acidente em que o paciente fonte é desconhecido, HIV positivo ou ainda negativo, mas que apresenta comportamento de risco, nos últimos 3 à 6 meses (janela imunológica) (BRASIL, 2004a, 2006; FERREIRA, SILVEIRA, 2004).

Neste sentido, cabem as instituições de saúde, a destacar aos serviços de biossegurança, a CCIH, assim como a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), quando estes existirem, mostrarem-se acessíveis, conscientes e atualizados às normas, protocolos no que se refere ao atendimento do trabalhador submetido ao acidente envolvendo material biológico. E acima de tudo motivados a orientar os trabalhadores na prevenção dos acidentes e quando estes infelizmente acontecerem informar os cuidados, procedimentos iniciais e adequados pós-acidente, incluindo o atendimento psicológico (BRANDÃO, 2002; SARQUIS, FELLI, 2009).

Segundo Magagnini, Rocha e Ayres (2011), o acompanhamento psicológico, a priori, faz-se necessário, tendo em vista que algumas das vezes o trabalhador acidentado, depara-se com a dificuldade de iniciar, bem como, de completar o esquema profilático recomendado, decorrente aos efeitos colaterais, a incompatibilidade do esquema de dose com suas atividades diárias, ao numero elevado de comprimidos, a restrição alimentar, assim como a falta de preparo emocional, caracterizado por sentimentos de angustia, medo, frustração frente a possibilidade de contrair o HIV e de serem menosprezados pela sociedade, sobretudo pela família e pelos próprios colegas de trabalho (MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011).

O preconceito é um sentimento que não se limita a um só e que pode ocorrer em muitas das situações cotidianas. No caso da aids, por ser uma doença nova, a qual não se conhecia sua real forma de transmissão, seu surgimento foi marcado por muito preconceito, receio pela sociedade, incluso neste cenário, os oriundos do próprio paciente

frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV e de seus familiares, assim como dos próprios trabalhadores da saúde às pessoas com a doença e com os demais colegas de trabalho, preponderantemente, quando este sofria algum acidente de trabalho envolvendo material biológico, possivelmente contaminado pelo vírus do HIV (TOLEDO, 2007; CUNHA, 1997).

De acordo com Brandão (2002), embora haja vários estudos com ênfase nas estratégias de biossegurança entre os trabalhadores da saúde, no âmbito da sua prática laboral, infelizmente ainda muitos são os acidentes de trabalho, envolvendo principalmente material biológico, conseqüentemente muitos são também os trabalhadores da saúde afetados por traumas psicológicos, decorrente as alterações das práticas sexuais, o enfrentamento do preconceito, estigma perante familiares, amigos que perduram durante meses, a espera do resultado do exame sorológico.

Diante disso, apesar das inovadas tecnologias em relação aos esquemas quimioprofiláticos, pós acidente de trabalho envolvendo exposição ao material biológico, o mais importante e necessário é a implementação de ações educativas e preventivas, a adesão às medidas de biossegurança, com vista à saúde e qualidade de vida do trabalhador no âmbito do seu processo de trabalho (RIBEIRO et al., 2010).



## 4 BASES METODOLÓGICAS

### 4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa sócio-histórica com abordagem qualitativa, que utilizou como referencial metodológico memórias, a partir das bases da nova história, e como método-fonte a História Oral (HO). A pesquisa histórica consiste na coleta sistemática de dados que se encontram relacionados com ocorrências passadas, permitindo obter informação, interpretar e compreender acontecimentos passados que podem dar respostas para certas questões suscitadas no presente (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

A opção pela pesquisa histórica não significa que se deva pensar na pesquisa, com esquemas tradicionais e ortodoxos. Segundo Vieira, Peixoto e Khoury (1989, p.17) “A concepção de história deve, antes de qualquer coisa, levar em conta toda a experiência humana e o historiador, não deverá estar alheio a este fato”. Considerando tais aspectos e o objetivo deste estudo, ancoramo-nos nas bases da *nova história*, uma vez que esta valoriza a atividade humana, com uma história e um passado que pode ser construído e relacionado ao restante deste passado (LE GOFF, 1993).

O movimento da nova história está associado à escola dos Annales, mais especificamente a Lucien Febvre e a Marc Bloch, fundadores da *Revista Annales: économies, sociétés, civilisations*, publicada na França, em 1929. E desde seu início, deslocou seu interesse das estruturas para as redes, dos sistemas de posições para as situações vividas, das normas coletivas para as situações singulares, enfim, dedicou-se a novos temas, objetos, como a história do cotidiano, das mentalidades, a história “vista de baixo”, partindo de opiniões de pessoas comuns, valorizando suas lembranças, memórias, na mudança social, temas estes, até então não contemplados pela abordagem tradicional (BURKE, 1997).

Nesta perspectiva, a nova história vem representar uma história problemática, explicativa, que busca não apenas narrar os acontecimentos, mas analisar as estruturas. É uma história em movimento, que trata das evoluções e das transformações, buscando compreender, a partir das memórias, o presente pelo passado e o passado pelo presente (LE GOFF, 1993).

Dessa maneira, o aprofundamento das discussões, acerca das

afinidades entre passado, presente e memória, abriu novos caminhos para o estudo da história do século XX. E o interesse dos historiadores pela memória foi em grande medida inspirado pela historiografia francesa, sobretudo a história das mentalidades coletivas, que defende a idéia de que a memória não pode ser vista simplesmente como um processo parcial e limitado de lembrar fatos passados, trata-se da construção de referenciais sobre o passado e o presente de diferentes grupos sociais, embasados nas tradições e intimamente ligados a mudanças culturais (NORA, 1993; LE GOFF, 2003; BUENO, 2011).

Neste contexto, Oliveira (2004, p. 269) coloca que “[...] a memória é um processo ativo de criação de fatos e significados elaborada na experiência social e que pode ser compartilhada [...]”. Assim, consideramos, tal como Meihy (2002) que a memória coletiva não se cinge apenas às particularidades da memória de cada pessoa, mas apresenta-nos o conjunto dessas particularidades num todo contextualizado a nível cultural e social, que transcende à memória individual. Pois, esta última, tem sentido em função de sua inscrição no conjunto social das demais memórias, visto que para a história oral, a memória individual só interessa na medida em que permite o conhecimento do fenômeno social.

Bueno (2011), nas suas reflexões sobre memória, seja ela individual ou coletiva, afirma que o princípio central da memória é a conservação do passado, que sobrevive através das lembranças evocadas no presente. A expansão dos debates sobre a memória e suas aproximações com a história veio oferecer chaves para uma nova percepção do passado (BUENO, 2011). Neste sentido a escolha deste referencial, a partir das bases da nova história, dá-se pelo entendimento de que quando olhamos para o passado, o fazemos com os olhos do presente, considerando que este é o tempo vivido pelo pesquisador (PADILHA; BORENSTEIN, 2005). O olhar está impregnado de referências recentes, que abrangem o hoje e o agora, com perspectivas sociais, teóricas ou uma concepção de vida e de mundo. Parte-se da concepção de que o conhecimento é produzido socialmente e que o pesquisador, ao produzir conhecimento sobre qualquer tempo, estará trabalhando a perspectiva do passado com o seu presente (PADILHA, 1999).

Diante do exposto, acreditamos que a perspectiva da nova história vai ao encontro do estudo que tem por objetivo compreender as estratégias de biossegurança e a evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde às pessoas com HIV/aids internadas no HNR, no período de 1986 à 2006.

Ademais, o tema estudado e os objetivos formulados, levaram-nos a assumir ao presente estudo uma abordagem qualitativa. Esta permite ao investigador, observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal qual se apresenta, sem procurar controlá-lo e/ou generalizá-lo. Tem como objetivo preservar o conteúdo dos eventos e focalizar os aspectos fundamentais e significativos, à medida que vai processando os dados, relacionando, interpretando e refletindo sobre os mesmos (FLICK, 2009).

A abordagem qualitativa possibilita ainda a compreensão das experiências humanas como um todo, considerando-as de maneira holística, permitindo aos profissionais da saúde novas perspectivas na descoberta de realidades relacionadas à saúde do indivíduo, tanto em ambiente institucionais como comunitários, de forma flexível. E, sobretudo, enfatiza a interação do pesquisador com as pessoas que integram o estudo, tendo como ponto de partida o diálogo estabelecido, a partir das entrevistas (LEOPARDI, 2002; MINAYO, 2004).

## 4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto do estudo foi o Hospital Nereu Ramos (HNR), localizado no município de Florianópolis/SC, o qual começou a ser construído em 1940, como parte constituinte da política do Governo Federal de Getúlio Vargas. Sua inauguração ocorreu em 6 de Janeiro de 1943, com o objetivo de atender a população acometida pelas doenças infecto contagiosas da época. Este foi o segundo hospital construído em Florianópolis com capacidade para 100 leitos, sendo 60 destinados a pacientes com tuberculose e 40 a outras doenças infecciosas e parasitárias, distribuídos por seis enfermarias, quatro para adultos e duas para crianças, tendo em vista a inexistência, na época, de um hospital para o atendimento infantil (BORENSTEIN, RIBEIRO, PADILHA, 2004; SANTA CATARINA, 2010c).

Inicialmente, o HNR pertencia ao governo do Estado, mas administrado pelas Irmãs de Caridade até ser incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) em 1971, passando a ser considerado nesse mesmo ano, Centro de Referência Estadual em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Todavia com a implantação do Regime Jurídico Único do SUS, o HNR, assim como os demais hospitais públicos estaduais de Santa Catarina, deixa de ser administrado pela FHSC em 1991, e passa a ser dirigido pela Secretaria

de Estado da Saúde (SES/SC) (MEIRELLES, 1998; SANTA CATARINA, 2010c).

Em meio a esse processo, surge em 1984 o primeiro caso de aids no Estado, na cidade de Chapecó e no ano seguinte, o primeiro caso no município de Florianópolis, apesar de que a notificação registra o primeiro caso, em Florianópolis, somente em 1986. Embora, o HNR fosse Referência no Estado de SC às doenças infecto contagiosas, a instituição antes mesmo do surgimento da aids, em virtude da tuberculose, já era rejeitada pela sociedade e esquecida pelo governo. E com o advento da epidemia, o hospital vivenciou de perto toda evolução, positiva e negativa, com relação as mudanças estruturais e organizacionais (FINCKLER, 1998).

Neste contexto, o Ministério da Saúde credenciou o Hospital de Dia com 6 leitos, reativou a Unidade de Terapia Intensiva, inaugurada em 1974 e desativada em 1983, e criou em 1998 o Serviço de Atendimento Domiciliar Terapêutico, o qual foi desativado no ano de 2001, decorrente a implementação da política, acerca da Estratégia de Saúde da Família (MIRANDA, 2003).

Atualmente o HNR possui 38 leitos na clínica de Pneumologia e 15 leitos na Tisiologia; 36 leitos para internação das pessoas com aids; 10 leitos para as doenças infecto parasitárias; 4 apartamentos convênios particulares; 10 leitos para as demais doenças infecciosas, o ambulatório e o Hospital-Dia com 10 leitos (SANTA CATARINA, 2011b).

Contudo, pelo importante trabalho desenvolvido junto às pessoas que (con)vivem com HIV/aids e à comunidade, o HNR foi reconhecido também, em primeiro de dezembro de 1997, como Centro de Referência Estadual no Tratamento e Treinamento em HIV/aids (MEIRELLES, 1998).

#### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A escolha dos entrevistados deve ser guiada pelos objetivos da pesquisa e as pessoas escolhidas devem estar entre aqueles que participaram, vivenciaram, presenciaram ou se inteiraram de ocorrências e/ou situações ligadas ao tema proposto, e que possam fornecer depoimentos significativos (ALBERTI, 2004).

Neste contexto, os sujeitos selecionados para este estudo foram trabalhadores da saúde que participaram e vivenciaram, o cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 à 2006. Assim, a escolha dos



primeiros sujeitos para participarem da pesquisa, deu-se a partir de uma solicitação feita ao Setor de Recursos Humanos do HNR, e os outros foram recomendados pelos próprios trabalhadores já entrevistados. A priori, não foi estabelecido o número de participantes, sendo os critérios de seleção dos sujeitos: ter atuado, direta ou indiretamente, no cuidado aos pacientes com HIV/aids, no período de estudo; possuírem boa memória sobre o desenvolvimento das suas práticas laborais, e possuírem disponibilidade e interesse em participar, após esclarecimento da pesquisa e dos preceitos éticos.

Desta forma os sujeitos da pesquisa foram 23 (vinte e três) trabalhadores da saúde, dentre estes quatro médicos, oito enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga, que atuaram no cuidado junto aos pacientes com HIV/aids, internados na instituição, no período do estudo. Assim segue, quadro com a relação dos trabalhadores da saúde entrevistados:

	<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>IDADE</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NO HNR</b>
1	Médico (M1)	68 anos	Canoinhas/SC	1967 - 2003 = 36 anos
2	Dentista (D1)	70 anos	Orleans/SC	1970 - 2007 = 37 anos
3	Auxiliar de Enf. (AE1)	60 anos	São José/SC	1972 - 1997 = 25 anos
4	Técnico de Enf. (TE1)	55 anos	Florianópolis/SC	1975 - 1994 = 19 anos
5	Técnico de Enf. (TE2)	59 anos	Florianópolis/SC	1975 - 2000 = 25 anos
6	Auxiliar de Enf. (AE2)	62 anos	Florianópolis/SC	1975 - 2006 = 31 anos
7	Técnico de Enf. (TE3)	56 anos	Florianópolis/SC	1975 - 2011 = 36 anos
8	Enfermeira (E1)	54 anos	Manaus/AM	1977 - 2005 = 28 anos
9	Técnico de Enf. (TE)	54 anos	Palhoça/SC	1979 - 2011 = 32 anos
10	Assistente Social (AS1)	62 anos	Florianópolis/SC	1983 - 1993 = 10 anos
11	Enfermeira (E2)	52 anos	Itajaí/SC	1984 - 2005 = 21 anos
12	Médico (M2)	56 anos	Florianópolis/SC	1984 - 2011 = 27 anos
13	Psicóloga (P1)	55 anos	São Paulo/SP	1988 - 1990 = 2 anos
14	Enfermeira (E3)	64 anos	Florianópolis/SC	1988 - 1994 = 6 anos
15	Enfermeira (E4)	47 anos	Tubarão	1988 - 2004 = 16 anos
16	Auxiliar de Enf. (AE3)	53 anos	Florianópolis	1988 - 2011 = 23 anos
17	Enfermeira (E5)	51 anos	Laguna/SC	1988 - 2011 = 23 anos
18	Nutricionista (N1)	49 anos	Florianópolis	1988 - 2011 = 23 anos
19	Enfermeira (E6)	56 anos	Alegrete/RS	1990 - 1993 = 3 anos
20	Médica (M3)	60 anos	Holanda	1990 - 2008 = 18 anos
21	Enfermeira (E7)	51 anos	Siderópolis	1993 - 2011 = 18 anos
22	Médica (M4)	46 anos	Ponta Porã/MS	1994 - 2011 = 17 anos
23	Enfermeira (E8)	56 anos	Florianópolis	1995 - 2011 = 16 anos

**Quadro 4** – Relação dos profissionais entrevistados, com a idade, procedência e tempo de atuação no HNR.

Com base no quadro é possível ratificarmos que a grande maioria dos profissionais entrevistados é procedente do estado de SC; a faixa etária variou de 46 anos a 70 anos, com uma média de 58 anos e o tempo de serviço no HNR, no cuidado direto ou indireto, junto aos pacientes com HIV/aids ficou entre 37 a 2 anos, com uma média de 19,5 anos.

Quanto a identificação dos sujeitos entrevistados, embora esta seja interessante e considerada, em uma pesquisa histórica que utiliza como método-fonte para a coleta de dados, a história oral, optamos neste estudo, por manter o anonimato dos entrevistados, haja vista a solicitação da maioria deles. Desta forma, os sujeitos foram identificados por letras, referente às categorias profissionais e por números, no intuito de seguir a ordem cronológica que atuaram no HNR, no cuidado aos pacientes internados por HIV/aids. Para melhor compreensão, os médicos estão classificados na ordem de M1 a M4; os

enfermeiros na sequência E1 a E8; os técnicos de enfermagem na ordem de TE1 a TE4; os auxiliares de enfermagem na ordem de AE1 a AE3; e os demais sujeitos, por ter sido entrevistado um de cada categoria profissional, foram assim identificados, assistente social (AS1), dentista (D1), nutricionista (N1) e psicóloga (P1).

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Na metodologia de uma pesquisa histórica, a técnica para a coleta de dados, dá-se a partir da investigação às fontes históricas, orais e/ou documentais. Com intuito de se conquistar maior fidedignidade das informações, ambas as fontes historiográficas foram utilizadas, sobretudo a oral, já que o tema central discorre acerca das estratégias de biossegurança, práticas de cuidado desenvolvida e/ou adaptadas pelos trabalhadores da saúde às pessoas com HIV/aids, internadas no HNR, no período de 1986 à 2006.

Segundo Alberti (2004) a HO pode ser definida como método de investigação científica, como fonte de coleta, ou ainda como técnica de produção e tratamento de entrevistas gravadas. Neste estudo, a HO foi utilizada como fonte para obtenção dos dados que tem por finalidade conhecer e aprofundar conhecimentos sobre determinada realidade, a partir da realização de entrevistas com pessoas que focalizam lembranças importantes em suas vidas.

As entrevistas na HO, dividem-se em três importantes momentos, a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista, e de acordo com Meihy (2007), o presente estudo contemplou cada um desses momentos. Inicialmente, na pré-entrevista foi realizado contato, pessoal ou por telefone, com os trabalhadores da saúde, a fim de apresentar-me, explicar brevemente os objetivos do estudo e realizar o convite. Mediante o aceite à participação pelos mesmos, as entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade do entrevistado, respeitando local, data e hora por eles sugeridas. Além do HNR, algumas das entrevistas ocorreram nos domicílios, e outras em seus locais de trabalho.

As entrevistas em si e por sua vez a coleta de dados ocorreram no período de março a outubro de 2011, por meio de entrevista semi-estruturada, com duração média de 45 min. a 2 horas, a partir de um roteiro previamente estabelecido com perguntas norteadoras (APÊNDICE A). Este tipo de entrevista é um dos principais meios à

realização da coleta de dados, visto que a mesma, além de valorizar a presença do pesquisador, permite que os entrevistados tenham liberdade e naturalidade de responder aos questionamentos sobre os assuntos investigados (POLIT; HUNGLER, 2004). E por fim, seguiu-se o momento da pós-entrevista com agradecimento pelo encontro e agendamento futuro para a validação dos dados, após o processo de transcrição dos depoimentos.

Além das entrevistas, conforme descrito anteriormente, utilizamos fontes documentais, os quais incluíram livros de ocorrências, atas de reuniões, fotos e recorte de jornais e revistas. Documentos estes coletados na Biblioteca do próprio HNR, no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, na Biblioteca Pública do Estado de Santa Catarina e no Arquivo do jornal Diário Catarinense. Tais fontes documentais foram essenciais à validação das informações orais.

Ainda com relação a HO, enquanto método-fonte para coleta de dados, esta permite construir a história, a partir das próprias palavras daqueles que vivenciaram, presenciaram, testemunharam e participaram de acontecimentos, conjecturas, visões do mundo, a qual se pretende investigar (BORENSTEIN et al., 2011). Sua base é o depoimento gravado, para tanto faz-se necessário a presença de três elementos, o entrevistador, o entrevistado e o gravador. Desta forma, todas as entrevistas foram gravadas em gravador digital e tão logo transcritas, a fim de preservar a confiabilidade dos relatos, para posterior análise.

Bueno (2011) destaca que dentre as principais características da HO, esta a postura com relação à história e às configurações socioculturais que privilegia a recuperação do vivido, conforme concebido por quem o viveu, e nesse sentido enfatiza que não se pode pensar em história oral, sem memória. Apesar de que, segundo Rousso (2002), o passado, o resgate a memória, não é totalmente recuperado, e o que se pode obter são interpretações desse passado, permeadas por vivências do presente e, muitas vezes, influenciadas pelas questões suscitadas por quem entrevista.

Desta forma, Padilha e Borenstein (2005, p. 577) ratificam que “devemos abandonar a idéia de que vamos reconstruir o passado tal qual aconteceu – mesmo porque isso é impossível – mas, ao mesmo tempo, o que fazemos do passado é uma leitura, em termos de referências recentes, que abrangem o hoje e o agora”. Haja vista, que a nossa memória, de acordo com Oliveira (2004), encontra-se em permanente construção, à medida que nos lembramos dos acontecimentos do passado, nos esquecemos deles e/ou ainda, quando os relacionamos com as experiências do presente. Pois, quando os recordamos, fazemos ao

mesmo tempo uma interpretação dos acontecimentos do passado e, algumas das vezes até, os reajustamos considerando àquilo que somos hoje. Entretanto, recordar, resgatar na memória um acontecimento passado é uma forma de garantir a sua continuidade no tempo, como um elemento essencial à identidade (LE GOFF, 2003).

No presente estudo, embora tenham se passado mais de vinte anos do início, do período da pesquisa, foi possível ainda encontrarmos profissionais aposentados e/ou trabalhando, dispostos a resgatar e, sobretudo, a compartilhar suas memórias e lembranças acerca das suas vivências, experiências no cuidado aos pacientes com HIV/aids, internados no HNR.

Contudo, a HO possibilitou que os trabalhadores da saúde fossem ouvidos, abriu espaço na história para àqueles que não tiveram voz sobre a sua própria história, através de suas memórias. Já que as lembranças, encontram-se guardadas em suas memórias e, quando recuperadas, permitem-nos compreender o passado à luz da perspectiva pessoal de cada ser humano, e não apenas, sob o olhar do contexto social, político, econômico e cultural do período de tempo a que se referem (LE GOFF, 2003).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente é oportuno ressaltarmos que os dados em si constituem apenas dados brutos, que só terão sentido ao serem trabalhados de acordo com uma técnica de análise apropriada. E segundo Leopardi (2002) diferentes são as técnicas de análise que podem ser utilizadas na execução de pesquisas e o conhecimento dos diversos métodos de análise de dados existentes, torna-se indispensável para que o pesquisador tenha condições de realizar a escolha mais adequada ao que se propõe estudar, visando ao avanço na temática e, consequentemente, no campo de estudo. Tal premissa não tem como pretensão apregoar que os pesquisadores necessitam conhecer todos os métodos de análise de dados em profundidade, até em razão da sua significativa variedade. No entanto, um conhecimento amplo das diferentes técnicas de análise de dados, torna-se pertinente, para que as escolhas possam ser realizadas de maneira mais apropriada, tanto para a temática estudada como para aos propósitos do pesquisador e, também, para o campo de pesquisa.

Neste estudo, optamos pela Análise de Conteúdo de Laurence

Bardin, entretanto, outros autores também serviram de base à conquista dos objetivos propostos. Pois, por mais que se devam respeitar certas “regras” e que se salientem as diferentes fases e etapas no emprego, a análise de conteúdo não deve ser considerada e trabalhada como modelo exato e rígido. Mesmo Bardin (2004) rejeita esta idéia de rigidez e de completude, deixando claro que a sua proposta da análise de conteúdo acaba oscilando entre dois pólos que envolvem a investigação científica: o rigor da objetividade, da cientificidade, e a riqueza da subjetividade (BARDIN, 2004).

A análise de conteúdo vem sendo utilizada com frequência nas diversas áreas do conhecimento, sobretudo nas pesquisas com abordagem qualitativa. De acordo com Mozzato e Grzybovski (2011), a análise de conteúdo aplicada ao trabalho qualitativo, apresenta algumas características peculiares, uma vez que a pesquisa qualitativa levanta problemas, selecionando temas, sem a necessidade, porém de tratar todo o conteúdo. Todavia, com o objetivo de evitar erros na análise, é importante que o pesquisador leia e releia o material, alterne releituras, para evidenciar as aproximações. Pois, o que vai caracterizar a análise qualitativa é a inferência sobre os temas em estudo e não apenas a frequência com que aparecem nos conteúdos a serem analisados.

Diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Desta forma, após a coleta de dados, a fim de preservar a confiabilidade dos relatos, os mesmos passaram primeiramente por um processo de transcrição, que correspondeu a passagem da gravação oral para escrita. Além da transcrição, o processo da análise de dados em si envolve várias etapas para auferir significação aos dados coletados, o que não é diferente na análise de conteúdo (FLICK, 2009; BARDIN, 2004).

No que se refere às diferentes etapas inerentes à análise de conteúdo, autores utilizam diferentes terminologias, as quais são bastante semelhantes. Frente a diversificação e também aproximação terminológica, optou-se por elencar neste estudo, as etapas da técnica segundo Bardin (2004), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2004).

Primeiramente, na *pré-análise*, organizamos o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as idéias iniciais. Em seguida, caracterizada pela segunda fase, realizamos a *exploração do material*, a partir de exaustivas leituras e re-leituras, de modo a agrupar/compilar provisoriamente os possíveis enunciados, com a definição de categorias (sistemas de codificação), assim como a descrição analítica, que consistiu no estudo aprofundado dos dados, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Esta segunda fase ao ser responsável pelas operações de codificação, classificação e categorização foi considerada a mais longa e fastidiosa, entretanto, uma das etapas mais importantes, tendo em vista que a realização da mesma possibilita ou não, a riqueza das interpretações e inferências. Enfim, a terceira fase, que diz respeito ao *tratamento dos resultados, inferência e interpretação*, em que os dados “brutos” são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Esta etapa foi destinada ao tratamento dos resultados e ocorreu nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, pois segundo Bardin (2004), tal fase, caracteriza-se pela intuição, análise reflexiva e crítica.

Tendo em vista as diferentes fases da análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), destacamos como o próprio autor o fez, as dimensões da codificação e categorização que possibilitam e facilitam as interpretações e as inferências. No que tange à codificação, esta “corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (BARDIN, 2004, p. 103).

De acordo com Chizzotti (2006) a codificação pode utilizar-se de diferentes procedimentos para alcançar o significado profundo das comunicações, sendo que a escolha depende do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição do analisador. Após a codificação, segue-se para a categorização, a qual consiste na:

(...) operação de classificação de elementos que se destacam, sofrendo um reagrupamento, de acordo com critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 2004, p. 117).

Ademais, destacamos ainda que os relatos orais, a partir das memórias dos trabalhadores da saúde, acerca de suas práticas de cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 a 2006 foi contextualizado, através de fontes documentais e com o momento social, econômico, político, cultural e histórico da época historicizada. Tão logo, os documentos analisados neste estudo foram utilizados como suporte e complementação das categorias analisadas, não formando necessariamente categorias isoladas, mas respaldando ou questionando muitas das informações obtidas pelos depoimentos.

Contudo, pode-se dizer que análise de conteúdo é uma técnica refinada, que exige muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, o qual tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). Corroboramos com os autores e ressaltamos que disciplina, perseverança e rigor são essenciais neste processo.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A análise dos aspectos éticos de uma pesquisa é desejável e, por sua vez exigida, pela própria instituição em que a mesma será conduzida (LEOPARDI, 2002). Por este motivo, inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Direção do HNR e mediante aprovação do mesmo (ANEXO D) foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, a qual teve aprovação com parecer nº 920/10 (ANEXO E).

A partir da aprovação e conforme estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia foram respeitados (BRASIL, 1996a). Pois, para Meihy (2007), o respeito pelo valor e pela importância de cada indivíduo é uma das primeiras lições éticas sobre a experiência com a pesquisa na história oral. Desta forma, aos trabalhadores da saúde entrevistados foi realizada orientação, quanto aos objetivos e procedimentos do estudo, motivo da escolha dos trabalhadores, forma de participação, importância do estudo, garantia de respeito e sigilo das informações, assim como, da liberdade de participação e desistência ao longo de qualquer fase do processo, sem haver prejuízo para si. Aos sujeitos que concordaram participar da pesquisa foi solicitada a leitura e assinatura, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).



Ainda de acordo com Polit e Hungler (2004) foi assegurado ao presente estudo, o rigor metodológico, em todas as etapas de coleta e análise dos dados, utilizando os critérios de credibilidade, transferibilidade, segurança e confirmabilidade.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No sentido de possibilitar maior clareza, de que realmente as políticas públicas de saúde, os avanços, as pesquisas em torno da aids, assim como todo contexto em que a epidemia surgiu e evoluiu influenciaram na evolução nas práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde as pessoas com a doença, no período de 1986 à 2006, apresentamos neste capítulo, os resultados em forma de manuscritos, os quais encontram-se estruturados, da seguinte maneira:

No *primeiro artigo*, intitulado “Risco e vulnerabilidade entre os trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids no período de 1986 a 2006”, apresentamos algumas das situações de vulnerabilidade e risco vivenciada pelos trabalhadores da saúde no cuidado aos pacientes com a doença, a destacar a não adesão as medidas de biossegurança, e sobretudo a sobrecarga de trabalho, em meio ao surgimento assustador da aids, no HNR.

No *segundo artigo*, intitulado “Estratégias de biossegurança dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 a 2006”, identificamos em um cenário em que a real forma de transmissão do HIV era desconhecida, quais as principais mudanças experienciadas pelos trabalhadores da saúde em suas práticas laborais, quais as estratégias de biossegurança desenvolvidas e/ou adaptadas pelos mesmos, no cuidado aos pacientes com HIV/aids, no sentido de minimizar e/ou evitar os acidentes de trabalho envolvendo material biológico possivelmente contaminado. Assim como, abordamos as recomendações ministeriais, a partir de protocolos, com condutas pós-acidente, a fim de evitar a transmissibilidade do HIV, nas situações em que a exposição ocupacional não pode ser evitada.

No *terceiro artigo*, intitulado “Surgimento da aids e os sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde face a epidemia, no período de 1986 a 2006”, abordamos os sentimentos dos trabalhadores da saúde acerca da epidemia da aids, assim como daqueles oriundos dos próprios pacientes e familiares, frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV, e da população diante ao surgimento da aids no HNR. Período histórico este, em que a aids se transformou em notícia, quase que cotidiana, na mídia sensacionalista, a qual semeava pânico na população e cristalizava imagens moralistas e discriminatórias.

E no *quarto artigo*, intitulado “Percepção da aids pelos trabalhadores da saúde ao longo da epidemia, entre 1986 a 2006”, analisamos a percepção dos trabalhadores da saúde com relação as políticas públicas de saúde acerca da aids, ao longo da epidemia, voltadas tanto à melhoria dos serviços, assistência as pessoas com a doença, quanto a melhoria das condições de trabalho.

### **5.1.1 Artigo 01 - Risco e vulnerabilidade entre os trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids no período de 1986 a 2006**

#### **RISCO E VULNERABILIDADE ENTRE OS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS NO PERÍODO DE 1986 A 2006**

#### **RISK AND VULNERABILITY AMONG HEALTH WORKERS WHO PROVIDE CARE FOR PEOPLE WITH HIV/AIDS DURING THE PERIOD 1986-2006**

#### **VULNERABILIDAD Y RIESGO ENTRE LOS TRABAJADORES EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA EN EL PERIODO DE 1986 A 2006**

Mariana Vieira Villarinho  
Maria Itayra Padilha

**Resumo:** Pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, que tem por objetivo conhecer as situações de vulnerabilidade e risco dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, em um Hospital de Referência em doenças infecto contagiosas do Estado de Santa Catarina, no período de 1986 a 2006. Utilizou-se a História Oral como Método-fonte para a coleta de dados com 23 trabalhadores da saúde, entre, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, psicóloga, dentista, assistente social e nutricionista, os quais participaram e vivenciaram o cuidado às pessoas com HIV/aids, no período do estudo. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada, mediante o Parecer nº 920/10, e os sujeitos que

participaram do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a coleta dos dados, partiu-se para Análise de Conteúdo de Bardin, dos quais emergiram tais categorias: - Não adesão as medidas de biossegurança, caracterizada pela resistência ao uso do Equipamento de Proteção Individual, reencape de agulhas contaminadas e desprezo inadequado dos perfurocortantes; assim como - Sobrecarga dos trabalhadores da saúde, decorrente a falta de recursos humanos, a agressividade e gravidade dos pacientes internados, assim como a dupla jornada de trabalho. Conclui-se que ao longo da epidemia, a percepção do trabalhador da saúde com relação ao risco biológico e vulnerabilidade mudou. No início, o risco existia, porém não se conhecia a magnitude do problema, tendo em vista a falta de conhecimento sobre a real forma de transmissão do HIV. E apesar dos avanços, políticas públicas de saúde, o risco se manteve; todavia, o trabalhador da saúde adquiriu conhecimento para saber que a probabilidade à ocorrência do mesmo, depende de suas atitudes, comportamentos, assim como das situações de vulnerabilidade que os antecedem.

**Descritores:** Riscos ocupacionais; Vulnerabilidade; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Prestação de Cuidados de Saúde; Profissionais da saúde; Enfermagem.

**Abstract:** A socio-historical research with a qualitative approach whose objective is to understand the situations of vulnerability and risk of the health workers who provide care for people with HIV/AIDS in a infectious-disease referral hospital in the state of Santa Catarina, during the period of 1986-2006. We used the method of oral history as a source-method for data collection with 23 health workers, including nurses, nursing technicians and assistants, doctors, psychologists, dentists, social workers and nutritionists, who participated and had experience in caring for people with HIV/AIDS during the study period. As established by Resolution No. 196/96 (CNS), the study was submitted to the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Santa Catarina. It was approved by the law 920/10 and the subjects who agreed to participate in the study signed an informed consent. After data collection, we analyzed the information with the content analysis of Bardin, which highlights these categories: non-adherence to biosecurity measures, characterized by resistance to the use of personal protective equipment; recapping contaminated needles and improper disposal of sharp instruments; and the overload of health workers due to lack of human resources, aggressiveness and severity of

hospitalized patients and double workdays. We conclude that throughout the epidemic, the perception of the health workers with regards to biological risk and vulnerability changed. Earlier, the risk existed, but they did not know the magnitude of the problem in view of the lack of knowledge about the current form of HIV transmission at that time. And despite the advances, public health policies and the risk remained, the health worker acquired knowledge to know that the probability of the occurrence thereof, depended on their attitudes, behaviors, and situations of vulnerability that preceded all of them.

**Descriptors:** Professional Risk, Vulnerability, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Health Care, Health professionals and Nursing.

**Resumen:** Investigación histórico-social con un enfoque cualitativo, cuyo objetivo es conocer las situaciones de vulnerabilidad y riesgo de los trabajadores de salud que brindan cuidado a las personas con VIH/SIDA, en un hospital de referencia en el estado de Santa Catarina, en el período 1986 hasta 2006. Se utilizó el método de historia oral como fuente para la recolección de datos con 23 trabajadores de salud, entre ellos, enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería, médicos, psicóloga, dentista, trabajador social y nutricionista, que participaron y vivenciaron el cuidado de personas con VIH/SIDA durante el período de estudio. Según lo establecido por la Resolución N°196/96 (CNS), el estudio se presentó al Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad Federal de Santa Catarina, fue aprobada por el parecer 920/10 y los sujetos que aceptaron participar del estudio firmaron un consentimiento informado. Después de recolectar los datos, se partió para el Análisis del Contenido de Bardin, del mismo surgieron estas categorías: No adhesión a las medidas de bioseguridad, caracterizada por la resistencia a la utilización de equipos de protección personal, volver a tapar las agujas contaminadas y el desecho inadecuado de objetos punzocortantes; así como la sobrecarga de los trabajadores de salud debido a la falta de recursos humanos, la agresividad y la gravedad de los pacientes hospitalizados, así como la doble jornada laboral. Se concluye que a lo largo de la epidemia, la percepción del trabajo de la salud con relación al riesgo biológico y vulnerabilidad cambió. Al inicio el riesgo existió, sin embargo no se conocía la magnitud del problema, teniendo en cuenta la falta de conocimiento sobre la transmisión del VIH. A pesar de los avances, políticas públicas de salud y el riesgo existentes, todavía el trabajador de salud adquirió conocimiento para saber que la probabilidad de ocurrencia del mismo, dependía de sus

actitudes, comportamientos, así como de las situaciones de vulnerabilidad que las anteceden.

**Descriptor:** Riesgos profesionales, Vulnerabilidad, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Prestación de Cuidado de salud; Profesionales de la salud; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Para definir o termo risco, calcula-se a probabilidade e as chances maiores ou menores de grupos populacionais de adoecer ou morrer por algum agravo de saúde. De um modo geral, os estudos em epidemiologia buscam identificar nas pessoas, características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição, com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Já a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco a que estamos expostos em todas as situações de nossa vida, mas também como forma de avaliar as chances que cada pessoa tem de contrair doenças, incluídas aí as infecciosas. Essas chances variam e são dependentes tanto de fatores biológicos como sociais e culturais, envolvendo, portanto, aqueles do ambiente de trabalho, assim como os relacionados aos profissionais (JUNGES, 2007).

No âmbito da doença, sendo esta compreendida como um processo dinâmico e multicausal, as noções de risco e vulnerabilidade passam também a assumir uma visão mais contextualizada sobre o adoecer, constituindo-se em circunstâncias e probabilidades da ocorrência de um determinado dano (GIRONDI et al., 2010). A noção de risco e vulnerabilidade apesar de terem estreita relação, são distintas, e talvez a maior contribuição no debate e ação sobre a distinção de ambos os termos esteja no esforço de deslocamento da noção do risco individual para uma nova percepção de vulnerabilidade social (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

Neste contexto, há de se ressaltar o surgimento da epidemia do HIV/aids, fenômeno este, determinante para que pesquisadores e profissionais de saúde pudessem repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade. Com o advento do HIV/aids, na década de 1980 e posteriormente da mudança do perfil epidemiológico, todos consideram-se vulneráveis, inclusive os trabalhadores da saúde, por lidarem na maioria das vezes com procedimentos que envolvem material biológico estando mais suscetíveis a tais acidentes

(TAKAHASHI, 2006; KOERICH et al., 2006; SANTOS et al., 2012).

Considerando que o caminho que pode levar o trabalhador da saúde a submeter-se ao acidente de trabalho com exposição a material biológico possivelmente contaminado pelo HIV é determinado por um conjunto de condições, individuais e institucionais, dentre estes o comportamento inadequado é apenas um deles. Não há como pensar intervenções e/ou medida de prevenção voltada somente no trabalhador, sem considerar as situações que interferem em seus comportamentos privados e sem acessar os elementos externos, tais como políticos, econômicos, culturais e dos gestores das instituições de saúde, que podem apoiar e direcionar os trabalhadores, numa perspectiva de maior ou menor auto-proteção (RIBEIRO et al., 2010).

Dada a relevância do tema, os acidentes de trabalho com material biológico não podem ser vistos como fenômenos fortuitos ou casuais, pois seu entendimento e prevenção necessitam de uma abordagem mais ampla, que perpassa pelos trabalhadores, instituições de saúde e relações sociais (GUILARDE et al., 2010). Nessa perspectiva, Vieira e Padilha (2008) ressaltam a importância de estudos que focalizem os fatores associados à ocorrência dos acidentes de trabalho com material biológico, pois estes poderão contribuir para aumentar a compreensão sobre os processos determinantes para a ocorrência dos acidentes, assim como gerar subsídios para novas pesquisas e programas de intervenção em outros contextos sociais. Apesar dos inúmeros trabalhos realizados sobre acidente de trabalho, vulnerabilidade, riscos biológicos e HIV/aids, ainda existe uma carência de estudos para serem utilizados como instrumento de conhecimento e de trabalho pelos profissionais e instituições envolvidas com a temática e comprometidas com a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores. Diante de todo contexto e ponderando a respeito da problemática levantada este estudo tem como **objetivo**:

- Conhecer as situações de vulnerabilidade e risco dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, em um Hospital de Referência em doenças infecto contagiosas do Estado de Santa Catarina, no período de 1986 a 2006.

O desejo de desenvolver esta pesquisa com trabalhadores da saúde, orientando-se pelas suas histórias e memórias deve-se por compreender o quanto estas lembranças e experiências, acerca das suas práticas de cuidado junto aos pacientes com HIV/aids, revelam as inúmeras situações de vulnerabilidade e riscos os quais estiveram expostos, assim como a mudança da percepção do trabalhador da saúde com relação ao risco biológico e vulnerabilidade, ao longo da epidemia.



## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa, que fez uso da História Oral (HO) como método-fonte. A pesquisa histórica consiste na coleta sistemática de dados que se encontram relacionados com ocorrências passadas, e tem por objetivo lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Neste estudo, utilizou-se a HO para a coleta de dados, pois tal fonte historiográfica privilegia a realização de entrevistas com pessoas que presenciaram, testemunharam, participaram de acontecimentos num determinado contexto social (PADILHA et al., 2011).

A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2011, através de entrevistas semi-estruturadas com 23 (vinte e três) trabalhadores da saúde que participaram, vivenciaram, direta ou indiretamente, do cuidado às pessoas com HIV/aids, internadas no Hospital Nereu Ramos (HNR), no período de 1986 à 2006. Dentre eles quatro médicos, oito enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga.

A opção de (re)construir a história deste período, 1986 à 2006, deve-se ao primeiro caso notificado de aids no município de Florianópolis, embora as primeiras internações por diagnóstico de HIV/aids no HNR, terem ocorrido em 1985. O recorte final até 2006, justifica-se aos inúmeros e grandes acontecimentos, nestes vinte anos de epidemia, como o fechamento do Ambulatório de DST/aids de Florianópolis, em virtude da descentralização do serviço de aids no município, bem como a implantação em 2006, no HNR, do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) que tem por objetivo atender a demanda de ações de vigilância, no âmbito hospitalar.

A HO, a ser utilizada como método-fonte, possibilitou aos trabalhadores da saúde, serem ouvidos, abrir espaço na história para àqueles que não tiveram voz sobre a sua própria história, no cuidado aos pacientes com HIV/aids, ao longo da epidemia, através de suas memórias. Essas lembranças encontram-se guardadas em suas memórias e, quando recuperadas, permitem-nos compreender o passado à luz da perspectiva pessoal de cada ser humano, e não apenas, sob o olhar do contexto social, político, econômico e cultural do período de tempo a que se referem (LE GOFF, 2003).

Considerando que as primeiras internações de pessoas com

HIV/aids no HNR ocorreram há mais de vinte anos do período inicial do estudo, prevemos que muitos dos trabalhadores da saúde estivessem disponíveis para participarem da pesquisa e partilhassem de suas memórias e lembranças. Tendo em vista que os critérios de inclusão dos sujeitos foram: trabalhadores da saúde que atuaram no cuidado aos pacientes com HIV/aids, no período de estudo; que possuíam boa memória sobre o desenvolvimento das suas práticas laborais, no cuidado às pessoas com HIV/aids; e que possuíam disponibilidade e interesse em participar.

A seleção dos sujeitos para participarem da pesquisa foi realizada, a partir de uma solicitação feita ao Setor de Recursos Humanos do HNR, e por recomendação dos próprios trabalhadores já entrevistados. Todas as entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade do entrevistado, respeitando local, data e hora por eles sugeridas. Além do próprio hospital, algumas entrevistas ocorreram nos domicílios, e outras em seus locais de trabalho.

Neste estudo, após o processo de coleta de dados, os mesmos foram transcritos, a fim de preservar a confiabilidade dos relatos. A transcrição e organização dos relatos obtidos pela entrevista constituíram a ordenação dos dados e a classificação ocorreu a partir de exaustivas leituras e re-leituras, de modo a agrupar/compilar provisoriamente os possíveis enunciados. Nesse percurso, procurou-se identificar estruturas de relevância e realizar o re-agrupamento por temas, conforme estabelece, a análise de temática de Bardin (2004), na qual emergiram as categorias: - **Não adesão as medidas de biossegurança;** e - **Sobrecarga do trabalho.** Ambas as categorias apontaram situações de vulnerabilidade e riscos entre os trabalhadores da saúde no cuidado aos pacientes com HIV/aids, no início da epidemia.

A pesquisa obedeceu à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada, mediante o Parecer nº920/10. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **Não adesão as medidas de biossegurança pelos trabalhadores da saúde**

Primeiramente é oportuno ressaltar que a não adesão as medidas

de biossegurança predispõe a ocorrência dos acidentes de trabalho com exposição ao material biológico entre os trabalhadores da saúde. Neste contexto, estudos mencionam principalmente àqueles que envolvem os perfurocortantes, sendo várias as circunstâncias para a ocorrência dos mesmos, a destacar: resistência ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), reencape das agulhas contaminadas, descarte inadequado do material perfurocortante, correria, agitação do serviço, entre outros (GALON, ROBAZZI, MARZIALE, 2008; SPAGNUOLO, BALDO, GUERRINI, 2008; PAIVA, OLIVEIRA 2011; VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011). Assim, uma das formas de evitar acidentes em maiores proporções é o uso do EPI, que constitui uma barreira protetora para o trabalhador, pois reduz efetivamente, embora não elimine, os riscos (RIBEIRO et al., 2010).

Monteiro, Benatti e Rodrigues (2009) ressaltam que o fornecimento apenas dos EPIs não é suficiente, sendo necessário sensibilizar, capacitar e escutar os anseios, as dúvidas dos trabalhadores no que se refere a adoção e uso correto das medidas de biossegurança.

Neste estudo, a **resistência ao uso dos EPIs**, sobretudo da luva, no início da epidemia da aids, no hospital deste estudo, esteve muito associada a *diminuição da sensibilidade, falta de conhecimento sobre a importância dos mesmos*, assim como a própria adaptação, conforme demonstra as falas:

*Tiveram mudanças com o surgimento da aids, uma delas foi a de usar luva sempre. Eu tinha dificuldade, perdia o tato, custei a me acostumar. Na época eu pensava assim, se tivesse que furar, a gente com a luva ou sem a luva, era a mesma coisa (AE1).*

*O risco era muito grande no início, porque não se tinha uma preocupação com as medidas de biossegurança. Com a aids, a recomendação foi de usar luva descartável, mas daí parecia que eu não conseguia tocar o doente, é como se fosse uma barreira, é tive que me adaptar (E3).*

*Antes da aids para punccionar veia era sem luva mesmo! Então com o surgimento da doença, de imediato foi difícil se acostumar, se adaptar com o uso da luva (TE4).*

*As pessoas são resistentes as mudanças e questionavam o uso da luva. Tivemos todo um*

*preparo para as pessoas incorporarem esses cuidados de usarem luvas, aventais e os outros EPIs. Na época surgiu até uma discussão por alguns trabalhadores da enfermagem de que a luva não protegia, então até tu colocares na cabeça das pessoas que aquilo não era real foi complicado (E2).*

*Alguns se arriscavam em puncionar a veia sem luva, porque diziam que perdiam a sensibilidade e tal. Eu chamava atenção: “- Olha, o risco fulana” (M2).*

*Infelizmente alguns eram resistentes para aderir as medidas de biossegurança, não usavam luvas, óculos, alegavam a questão de palpar, que com a luva perdiam a sensibilidade (E6).*

Pode-se observar que o uso da luva, antes e no início do surgimento da aids, não era uma prática frequentemente adotada pelos trabalhadores da saúde, no âmbito do cuidado, quando em contato com sangue e/ou outros fluidos orgânicos, sendo utilizadas apenas, as luvas cirúrgicas e para alguns procedimentos.

Com o surgimento da aids, maior ênfase passou a ser dada à exposição desses trabalhadores ao material sanguíneo. A prevenção ocupacional do HIV, tornou-se então um grande desafio aos profissionais do Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Saúde Ocupacional, depois do primeiro caso de transmissão ocupacional da infecção pelo HIV, documentado em 1984, na Inglaterra, quando uma enfermeira sofreu um acidente com perfurocortante e treze dias após começou a apresentar sintomas de infecção aguda causados pelo vírus, apresentando posteriormente seu exame HIV positivo (SANTOS; MONTEIRO; RUIZ, 2002).

No Brasil, o primeiro caso de transmissão ocupacional foi notificado em 1997, referindo-se à uma auxiliar de enfermagem que contraiu o HIV, com confirmação de aids, decorrente a um acidente de trabalho com material perfurocortante ocorrido em 1994, em São Paulo. Preocupado com a questão da transmissão pelo HIV, entre outros patógenos veiculados pelo sangue, condutas de higiene e biossegurança no trabalho foram preconizadas (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011).

Embora muitos trabalhadores aceitassem as normas de biossegurança, infelizmente estas não permearam a prática diária com a mesma intensidade, fato resultante também ao sentimento de invulnerabilidade por parte de alguns:

*Tinha funcionários que não usavam os equipamentos de segurança e ficavam mais propício a se acidentarem. A gente escutava assim: “- Ah não, não vai acontecer comigo. Ele lá me protege”. Então tinha essas coisas, acho que porque estavam trabalhando por uma causa nobre, não iria acontecer nada. Era uma mistura de sentimento de invulnerabilidade, autoconfiança (E3).*

*Era preciso que o trabalhador se adaptasse a usar os equipamentos para a sua segurança, mas infelizmente se achavam invulneráveis, imunes (N1).*

*Havia resistência por parte de alguns em usar a luvas, sei lá uma auto-confiança. Eles diziam: “- Não vai acontecer nada, pode deixar que eu tenho experiência” (E5).*

*O médico é um ser complicado, eles falam: “- Ah! Bobagem, não vai dar nada”. É um sentimento de invulnerabilidade. E para mim as pessoas que se acham invulneráveis são as mais vulneráveis, são as que mais se acidentam (M4).*

A sensação de invulnerabilidade, conforme revelada nas falas influenciou negativamente a prática profissional na época, uma vez que tal sentimento caracterizou-se como uma barreira entre o comportamento de risco e a tomada de decisão pelos trabalhadores da saúde em se proteger, adotarem medidas de biossegurança para evitar a possível contaminação pelo HIV. Para Vieira e Padilha (2008) tal sensação decorre do longo tempo de serviço, da experiência nas habilidades das técnicas, o que acaba por transmitir um sentimento de proteção, dispensando o uso das precauções padrão.

A segurança na realização das tarefas pode se tornar um ato traiçoeiro, pois o excesso de confiança na rotina de trabalho leva à banalização dos riscos existentes, podendo contribuir para aumentar a

exposição dos profissionais aos riscos, uma vez que os acidentes são imprevisíveis (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011). Neste contexto ainda, o trabalhador da saúde ao não reconhecer sua vulnerabilidade frente à infecção, predispõe-se à exposição de patógenos, ou seja, passa a usar os EPIs somente na prestação de assistência ao indivíduo, cujo diagnóstico para o HIV positivo é conhecido. Fato que merece atenção, pois não há justificativa de que somente na assistência ao indivíduo soropositivo para o HIV o profissional deve adotar medidas de biossegurança, face ao elevado percentual de pessoas infectadas pelo vírus, que desconhecem seu estado de soropositividade (KOERICH, SOUSA, SILVA, 2006; VIEIRA, PADILHA, 2008).

No que se refere ao **reencape de agulhas contaminadas**, tal hábito praticado erroneamente por alguns trabalhadores da saúde, caracterizou-se pela não adesão as medidas de biossegurança. No presente estudo foi evidente a presença de tal comportamento interferindo negativamente na segurança dos trabalhadores.

*O que propiciava os acidentes de trabalho era a mania de reencapar as agulhas para jogar no lixo, inclusive eu tinha esse hábito. Mas, depois com todo o risco presente com a aids, a gente começou a desprezar em latas de nescau (D1).*

*Antes da aids e até no início da doença, por questão de costume, a gente reencapava as agulhas, procurava colocar na tampinha antes de jogar fora, para ficar mais higiênico (E4).*

*A maioria dos nossos acidentes era por reencapar as agulhas, é os funcionários tinham esses vícios de trabalho. E daí ficavam mais vulneráveis de se acidentar (M4).*

Com o advento da aids muito se trabalhou, no intuito de minimizar os riscos e/ou situações de vulnerabilidade para ocorrência dos acidentes de trabalho com exposição ao material biológico. Infelizmente ainda assim, estudos constataam a notória frequência com que ocorreram os acidentes envolvendo material perfurocortante (MARZIALE; RODRIGUES, 2002). Pois, apesar de todo esforço, em consequência ao surgimento da aids, voltados às estratégias de biossegurança na minimização do acidente de trabalho e a possível exposição ao HIV, pesquisas confirmam a alta incidência de acidentes

ocorridos com perfurações, o que reforça a necessidade urgente de vigilância e treinamentos contínuos, quanto aos cuidados na manipulação desses objetos (CANINI, MORAES, GIR, 2008; SILVA, MACHADO, SANTOS, 2011; SANTOS et al., 2012).

No Brasil, os acidentes de trabalho com perfurocortantes em instituições hospitalares começaram a ser citados em pesquisas na década de 1970, embora de forma incipiente. Porém, a partir da década de 1980, com o alarme das publicações e debates sobre a aids, muitos profissionais de saúde, atemorizaram-se com a possibilidade de contrair o HIV em acidentes com materiais cortantes e perfurantes, contaminados com secreções e/ou fluidos corpóreos (VIEIRA; PADILHA, 2008). Deste modo, foi crescendo o interesse em pesquisar com mais profundidade esta questão, particularmente no contexto hospitalar. Estudo realizado em hospital universitário no Brasil, o qual analisou as situações de ocorrências e tendências de acidentes com agulha, evidenciou que 15 a 35% dos acidentes de trabalho apontaram falhas relacionadas ao procedimento de cuidado das agulhas (BAKKE; ARAUJO, 2010). Outros estudos também ratificam a ocorrência de tais acidentes entre os trabalhadores da saúde, ao desconectarem a agulha desencapada da seringa, bem como ao encaparem as mesmas, procedimentos estes não mais recomendados de acordo com as Precauções Padrão (CANINI et al, 2008; MONTEIRO, BENATTI, RODRIGUES 2009; VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011).

Ainda em relação ao manuseio com agulhas, o **desprezo inadequado dos perfurocortantes** foi mencionado pelos trabalhadores da saúde, como medida de não adesão a biossegurança, que por sua vez favoreceram a ocorrência dos acidentes de trabalho.

*Alguns por medo, até não reencapavam a agulha, mas espetavam no colchão do paciente. Dai quando eu ia fazer a cama, encontrava agulha lá e isso favorecia o acidente. Então era um perigo constante pra gente e para o pessoal da lavanderia (AE3).*

*Eu via, inclusive bons profissionais de puncionar veia, mas que espetavam a agulha contaminada no colchão. Ficava arrepiada, porque eram estas atitudes erradas que aumentava o nosso risco de se contaminar (E5).*

*Alguns funcionários não aderiam as medidas de segurança que a gente passava. Iam enfiando,*

*enfiaando o lixo perfurocortante nas caixinhas, ultrapassavam a linha de segurança e acabavam se expondo ao risco (E8).*

É possível observar nos relatos, o quanto que impróprias atitudes, como o descarte inadequado do material perfurocortante, decorrente da falta de responsabilidade e não comprometimento por parte dos trabalhadores da saúde, naquela época, repercutiram significativamente à ocorrência dos acidentes de trabalho.

Neste contexto cabe ressaltarmos que apesar do elevado numero de acidentes com material biológico envolvendo objeto perfurocortante como agente causador, estes não se relacionam somente ao descarte de materiais contaminado em locais inadequados, mas também aos recipientes superlotados, ao transporte/manipulação de agulhas desprotegidas, a desconexão da agulha da seringa, assim como ao reencape de agulhas contaminadas (CANINI et al, 2008).

No que se refere ao reencape das agulhas, a Norma Regulamentadora (NR) 32, enfatiza que deve ser assegurado o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança, sendo a responsabilidade do descarte do trabalhador (BRASIL, 2005). Porém, os locais utilizados para descarte do material perfurocortante nem sempre são adequados para esse fim, sendo algumas vezes realizadas adaptações com recipientes como caixas de remédios, embalagens de produtos de limpeza, entre outros (SILVA et al., 2011). Situação esta que pudemos presenciar, a partir das memórias/lembranças de alguns trabalhadores da saúde que vivenciaram e/ou experienciaram, no HNR, as diferentes práticas profissionais adotadas em consequência ao surgimento da aids, no cuidado às pessoas com a doença.

### **Sobrecarga dos trabalhadores da saúde no início da epidemia da aids**

A **falta de recursos humanos**, a **agressividade e gravidade dos pacientes** internados no início da epidemia, assim como a **dupla jornada de trabalho** foram subcategorias apontadas pelos sujeitos do estudo que levaram a **sobrecarga de trabalho**, e por sua vez aumentaram as situações de vulnerabilidade, risco dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, tendo em vista a correria, agitação, cansaço, falta de atenção.

A carga de trabalho é conhecida pelos elementos e processo de trabalho, que inter atuam entre si e com o corpo de trabalhadores



gerando os processos de adaptação, os quais se traduzem em desgaste. O mecanismo das atividades que os trabalhadores da saúde desenvolvem no seu dia-a-dia pode levar a sobrecarga, ocasionando assim um estresse, desgaste laboral, o que os tornam mais vulneráveis aos acidentes de trabalho (PIRES et al., 2010; SCHMOELLER et al., 2011; NEGELISKII, LAUTERT, 2011).

Montanholi, Tavares e Oliveira (2006), referindo-se ao estresse relacionado ao trabalho, descrevem-no como um processo de perturbação que pode acometer o indivíduo, quanto este mobiliza excessivamente sua energia de adaptação para enfrentar solicitações do meio profissional que ultrapassem suas capacidades físicas e/ou psíquicas. Fato que se pode observar, a partir das seguintes falas:

*A sobrecarga era bastante, principalmente para a enfermagem, eram muitos pacientes para elas cuidar e graves. E havia muita falta de funcionários, então os que ficavam trabalhando, acabavam ficando estressados, desgastados, mais vulneráveis a ter acidente de trabalho (D1).*

*O Nereu era um hospital rejeitado, ninguém queria trabalhar aqui. E em 88 eram muitos casos de aids se internando, daí fiquei estourada, porque além de ser tudo novidade, na época só estava eu e o outro colega. Era muito estressante, cansativo, porque tinha que fazer tudo muito rápido para dar conta do serviço... era hora do remédio, do banho, do curativo. Era uma sobrecarga, daí tu acabava correndo risco (AE1).*

*Era muito puxado, no início da aids, pela falta de funcionários e de enfermeira suficiente, daí nós técnicos que fazíamos a supervisão noturna, toda a parte do cuidado e a administrativa também. Trabalhávamos em dois à noite, era muito desgastante, muitos pacientes para poucos funcionários (TE3).*

*Não se tinha profissional da saúde suficiente para atender toda àquela demanda de aids que chegava e os funcionários, principalmente da enfermagem tinham que dar conta. Então, a correria existia e consequentemente o risco para acidente também (E3).*

*Na época o foco era a aids, então o número de funcionários se tornava pouco, éramos só em dois para toda aquela quantidade de pacientes. O risco era grande, porque nós da enfermagem que estávamos ali direto, na correria, cuidando do paciente (AE3).*

A **falta de trabalhadores da saúde**, principalmente da enfermagem no HNR, no início da epidemia da aids, deu-se a toda uma onda de medo e rejeição frente a nova doença. Pois, mesmo antes da aids, em virtude da tuberculose, o HNR já era um hospital esquecido pelo governo, discriminado pela sociedade e inclusive pelos trabalhadores da saúde que não queriam trabalhar em tal instituição. Tão logo, a falta de recursos humanos, associada ao fato dos funcionários que lá trabalhavam acumularem funções, gerou correria, agitação, estresse, desgaste físico, emocional, cansaço, enfim sobrecarga. Situações estas que ultrapassaram o limite humano de concentração para atividade, sendo determinantes ao risco de acidente de trabalho.

Muitas instituições de saúde trabalham com a escassez de recursos humanos, o que determina alteração no ritmo de trabalho. Sendo assim o tipo da unidade de trabalho pode ser um gerador da exposição aos fluidos biológicos, que associada ao ritmo acelerado/correria de trabalho, falta de atenção durante procedimento, número reduzido de trabalhadores, proporcionam riscos para os acidentes de trabalho e desencadeiam processos de sofrimento e adoecimento (PAIVA, OLIVEIRA, 2011; SANTOS et al., 2012). Nesta linha de pensamento, Monteiro, Benatti, Rodrigues (2009) enfatizam que apesar das instituições de saúde serem entidades que visam assistência, tratamento e cuidado de pessoas acometidas por doenças, as mesmas também podem ser responsáveis pelo adoecimento dos profissionais que ali constituem a força de trabalho.

Além da correria, na época, decorrente a insuficiência de recursos humanos, os sujeitos do estudo mencionaram ainda a **falta de atenção, agitação** durante a realização de procedimentos com exposição ao material biológico possivelmente contaminado, como situações que aumentaram sua vulnerabilidade e/ou risco para ocorrência dos acidentes de trabalho. Conforme demonstram as falas:

*Eu sempre digo: “- Quando tiver que fazer um procedimento invasivo em um paciente soro positivo ou não, se estivermos com pressa é melhor não fazer”. Porque a gente se acidenta*

*quando está com pressa, com pouco tempo. Dos acidentes que eu atendi, a maioria das pessoas, estavam com pressa, ansiosos, aceleradas... queriam almoçar, daí faziam rapidinho e se acidentavam (M2).*

*Quando a gente faz as coisas com calma, prestando muita atenção, com certeza a chance de dar alguma coisa errada é muito menor. Penso que a questão do acidente tinha a ver com “baixar a guarda”, porque sempre que se baixa o nível de atenção, de vigilância, a chance de fazer uma coisa automática e errada é bem maior (P1).*

Tendo em vista que o acidente de trabalho envolvendo sangue entre outros fluidos com sangue possivelmente contaminado não só foi, como ainda é considerado uma urgência, o mesmo deve ser atendido o mais breve. E neste contexto, a atenção, a cautela, a calma foram posturas, conforme revelam algumas das falas, que estiveram imbuídas na prática profissional dos funcionários, no cuidado ao paciente, independente do estado sorológico para o HIV.

Segundo, Gallas e Fontana (2010) a calma e a atenção são atitudes que quando adotadas previnem os acidentes de trabalho, assim como fortalecem a idéia de que o trabalhador também está ciente de sua contribuição na prevenção ou ocorrência dos mesmos.

No que se refere, a **agressividade e gravidade dos pacientes** internados no início da epidemia, ambos foram apontados pelos sujeitos do estudo como influenciadores à sobrecarga e que por sua vez aumentaram as situações de vulnerabilidade e o risco dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids.

Considerando que muitos dos pacientes internados pelo HIV/aids, no HNR eram dependentes químicos - Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), a agitação e/ou agressão por parte dos mesmos contribuíram à ocorrência dos acidentes por material biológico, como revelam os relatos:

*Muitos dos pacientes internados pela aids eram usuários de drogas e naquela época, não se tinha muito conhecimento para lidar, controlar esse tipo de dependência. Eles incomodavam e o risco acabava sendo maior para um acidente (M1).*

*Atendíamos pacientes da penitenciária, alguns os guardas que acompanhavam perguntavam: “- Posso tirar a algema do fulano?” Daí eu: “- Não, não, só vai abrir a boca, não é preciso”. A gente não podia facilitar, porque tinha uns pacientes revoltados, agressivos pela condição de estar com aids (D1).*

*Nós lidávamos com pacientes difíceis, muitos usuários de drogas, presidiários, agressivos. Então o risco de acidente com sangue era grande (TE2).*

*Os funcionários ficavam estagnados, esgotados, eram muitos pacientes. E tudo paciente complicados, revoltados pela abstinência da droga (E1).*

*Eu e a enfermeira íamos até o presídio coletar sangue dos presidiários. Ai teve um que disse: “Se tu não pegar na primeira, tu vai se arrepender”. Daí a gente ficava nervoso, se atrapalhava e podia se picar (TE4).*

*Tive um acidente com um paciente agitado pela falta da droga. Ele estava dormindo, mas derrepente ele acordou e na falta da droga, o paciente ficou agressivo, se agitou e derrubou o equipo do soro, daí desadaptou e veio sangue no meu olho (AE3).*

A agressividade, agitação e perda de controle foram comportamentos frequentemente vivenciados pelos trabalhadores da saúde, no cuidado aos pacientes dependentes químicos, devido a abstinência da droga, exigida no período de internação, como pela própria condição de estar com a aids, doença esta incurável, que se mostrava devastadora ao organismo infectado, gerando à pessoa infectada medo, revolta, fantasias negativas, sentimentos de morte anunciada.

Os riscos de agressão e agitação dos pacientes também foram citados em outros estudos voltados à saúde dos trabalhadores e, como determinantes de acidentes (VIEIRA, PADILHA; 2008; CARVALHO,

FELLI, 2006). Segundo Carvalho e Felli (2006) o cuidado ao paciente dependente químico, agressivo pela abstinência da droga, pode, sim, ser fonte de risco, na medida em que se agitado, o paciente favorece uma técnica incorreta, além de que, um surto ou uma agressão pode gerar ansiedade no trabalhador, ocasionando dificuldades na execução do procedimento.

Além da agressividade dos pacientes internados, assim como da quantidade insuficiente de recursos humanos influenciando à sobrecarga dos trabalhadores da saúde, no início da epidemia da aids, no HNR, os sujeitos do estudo revelaram ainda a **gravidade dos pacientes com HIV/aids internados**, conforme segue as falas:

*A dificuldade em lidar com os pacientes usuários de drogas injetáveis que faziam síndromes de abstinência, a própria falta de funcionário e ainda a gravidade dos pacientes, com muita diarreia, era uma coisa incontrolável... tudo isso exigia, sobrecarregava, principalmente a enfermagem. Porque a enfermagem é quem tinha mais contato com o paciente e estava mais propícia aos riscos (E2).*

*Os pacientes eram muito graves, tinham quadros horríveis de diarreias e nós da enfermagem manipulavam aquilo diariamente. Sem sombra de dúvida, ficávamos mais exposto as secreções dos pacientes com aids e o risco inevitavelmente era maior (AE2).*

*Meu Deus, os pacientes já internavam péssimos, muito emagrecidos. Era uma dificuldade até para punccionar veia, porque ficavam desidratados, tinham muitas diarreias. Porque tratamento para a aids não existia, tinha só os anti-fungicos, antibióticos para as complicações. Eram muitos cuidados exigido, saíamos do plantão sobrecarregados (TE2).*

*A enfermagem que tinha que fazer procedimentos, punccionar veia, ficavam mais exposta, mais frente ao risco, porque a maioria dos pacientes era gravíssimo e exigia muito cuidados delas (AS1).*

*No início o risco era maior, porque não existia tratamento com os Antirretrovirais, os pacientes*

*eram mais graves, já internavam mal e exigiam mais dos profissionais que eram poucos para cuidar e daí a sobrecarga, o estresse (M2).*

Pode-se observar, a partir dos relatos dos trabalhadores da saúde, que a maioria dos pacientes com aids já internavam em estado grave ou logo evoluíam pelas complicações da própria doença, decorrente da não existência do tratamento com antirretroviral. Tal situação vivenciada no início da epidemia exigiu mais e maior cuidado, atenção dos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, que somado ao restrito recursos humanos gerou sobrecarga, deixando-os mais vulneráveis aos riscos de acidente de trabalho envolvendo exposição ao material orgânico possivelmente contaminado pelo vírus do HIV.

De acordo com Pereira e Nichiata (2011) a idéia de morte imediata esteve presente no pensamento das pessoas expostas ou não ao problema e a possibilidade de continuar vivendo com aids, defrontava-se com a falta de respostas sobre o tratamento. A não existência da terapia com antirretroviral, no início da epidemia da aids ocasionava aos pacientes sérias complicações de ordem neurológica, neoplásicas (com os linfomas, sarcoma de Kaposi), gastrointestinais (severas diarreias), entre outras infecções oportunistas.

Quanto a **dupla jornada de trabalho** esta também foi lembrada pelos trabalhadores da saúde como fator agravante às situações de vulnerabilidade, riscos aos acidentes de trabalho no cuidado aos pacientes com HIV/aids, uma vez que conduziu a quadro de fadiga mental, cansaço, falta de atenção e estresse, conforme observa-se nas seguintes falas:

*Não somos valorizadas financeiramente e daí tínhamos, como temos até hoje que trabalhar em dois, três empregos. E daí é claro, o cansaço, o desgaste deixava a enfermagem mais propícia ao acidente de trabalho (TE1).*

*Eu trabalhava só no HNR e já exigia bastante. Imagina aquelas pessoas que tinham duas jornadas de trabalho, com certeza tinham mais risco de se acidentar (AE2).*

*Lembro de uma técnica, que fazia plantão na minha noite, ela tinha três empregos. Era uma loucura, imagina, essa pessoa trabalhava*

*estourada, fadigada, daí o risco para acidente era gritante (E4).*

*Eu tinha funcionários da minha equipe que trabalhavam em mais de um emprego e davam plantões cansados, fadigados... acabavam não fazendo os procedimentos com atenção e se expunham ao risco de se acidentar e a se contaminar (E7).*

*Tive dois acidentes com material biológico na época da residência, um deles, eu tinha saído de um plantão de mais de 24 horas, na UTI. Querendo ou não o cansaço, a carga horária extenuante, deixa a gente mais susceptível a acidentes de trabalho (M4).*

É notável que a dupla jornada de trabalho gerava ao trabalhador da saúde desconforto e mal-estar, pois ambas as jornadas, seja diurna ou noturna, apresentavam diferentes cargas. Aparentemente, a atividade noturna até podia apresentar uma redução de trabalho, entretanto o quantitativo de funcionários também era reduzido, que somado as questões fisiológicas pelo horário noturno, elevavam as cargas de trabalho.

Segundo Elias e Navarro (2008) a frustração econômica é uma dos motivos que leva o profissional da saúde, principalmente os da enfermagem, a assumir mais de um emprego. Assim, o trabalho noturno, configura-se em um atrativo para profissional, pois além de possibilitar acréscimos no vencimento com adicional noturno, facilita também a conciliação de mais de um vínculo empregatício. Porém, o sono diurno posterior ao trabalho noturno sofre grandes perturbações, tanto na sua estrutura interna quanto na sua duração (SIQUEIRA et al., 2006; SIMÕES, MARQUES, ROCHA, 2011). Desta forma, os trabalhadores da saúde vivenciam um quadro de estresse, fadiga mental o que os deixa mais vulnerável aos possíveis acidentes de trabalho.

Ademais, tendo em vista as importantes menções citadas até o momento nos relatos dos sujeitos do estudo, no que se refere a categoria **sobrecarga de trabalho**, cabe ressaltarmos que a enfermagem, entre os trabalhadores da saúde, foi a categoria profissional mais vulnerável, que mais se expôs aos riscos nos cuidados aos pacientes com HIV/aids (VIEIRA, PADILHA, 2008; CARDOSO, FIGUEIREDO, 2010;

NEVES et al., 2009). Pois, a enfermagem, diferente das demais categorias profissionais da saúde, permanece a maior parte do tempo junto ao paciente, executando o “cuidar” na perspectiva do “fazer” e, conseqüentemente, a sobrecarga é maior, expõe-se a mais riscos (SOUZA, MIRANDA, FRANCO, 2011; BARRA et al., 2010; SCHMOELLER et al., 2011). Corroboramos com os autores e neste sentido complementamos que tal situação, justifica-se, por estes profissionais além de representarem o maior contingente, são os reconhecidos como a maior força de trabalho presente nas instituições de saúde, estando em contato direto com o paciente, administrando medicamentos, realizando curativos, entre outros procedimentos invasivos que os mantêm em constante risco de acidente, envolvendo material biológico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo permitiu conhecer as situações de vulnerabilidade e riscos entre os trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 à 2006.

A não adesão as medidas de biossegurança, a resistências aos EPIs, o manuseio inadequado dos materiais perfurocortantes, a sobrecarga de trabalho pela gravidade e/ou agressividade dos pacientes internados, associada a falta de recursos humanos, a jornada extenuante de trabalho, assim como a própria falta de conhecimento sobre o real meio de transmissão do vírus do HIV, no início da epidemia, foram algumas das situações de vulnerabilidade, riscos vivenciadas e/ou presenciadas pelos trabalhadores da saúde no cuidado aos pacientes com HIV/aids. Vale ressaltar ainda que a enfermagem, dentre as categorias profissionais entrevistadas, foram as que mais se expuseram aos riscos, uma vez que estavam em contato direto com o paciente, manipulando objetos perfurocortantes.

É possível dizer que ao longo da epidemia da aids, a percepção do trabalhador da saúde com relação ao risco biológico e vulnerabilidade mudou, no início da epidemia, o risco existia, porém não se conhecia a magnitude do problema, tendo em vista a falta de conhecimento sobre a real forma de transmissão do HIV. Apesar dos avanços, pesquisas, políticas públicas de saúde em meio ao contexto político, econômico, social e histórico em que a aids surgiu e evoluiu, o risco se manteve; todavia, o trabalhador da saúde adquiriu conhecimento suficiente para saber que a probabilidade à ocorrência do mesmo, depende de suas atitudes, comportamentos, no que se refere a adesão das



medidas de biossegurança no decorrer da sua prática laboral, assim como das situações de vulnerabilidade que os antecedem.

Apesar das inúmeras situações de vulnerabilidade e/ou riscos mencionadas pelos trabalhadores da saúde no cuidado aos pacientes com HIV/aids é oportuno ressaltarmos também que melhorias às condições de trabalho mais seguras foram conquistadas ao longo da epidemia, decorrente da presença de bom senso, adequadas condições de trabalho, disponibilidade de EPIs, educação continuada e principalmente a realização de investigação quanto as situações de vulnerabilidade, riscos aos acidentes de trabalho com material biológico.

Diante desse contexto, faz-se necessário e fundamental ainda, destacarmos o preponderante papel dos gestores, do HNR, dos próprios trabalhadores, sobretudo da enfermagem no (re)planejamento de estratégias que foram além de apenas evitar os acidentes e sim de promover a saúde, a qualidade de vida do trabalhador em suas atividades laborais.

Enfim, conclui-se que as lembranças, memórias dos trabalhadores da saúde, acerca de suas práticas de cuidado as pessoas com HIV/aids, no período do estudo são indicativos de que as estratégias de prevenção às situações de vulnerabilidade e riscos aos acidentes de trabalho com material biológico incluíram ações conjuntas, estabelecidas entre trabalhadores e serviços. Estas estiveram ainda voltadas às melhorias das condições de trabalho, em especial direcionadas à organização do trabalho, à oferta de material com dispositivo de segurança, à implantação de programas educativos, assim como a sensibilização à mudança de comportamento tanto dos trabalhadores como dos gestores, uma vez que ações isoladas foram consideradas ineficazes para a minimização de tais agravos.

## REFERÊNCIAS

BAKKE, H.A.; ARAUJO, N.M.C. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. **Produção**, v. 20, n. 4, p. 669-676, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARRA, D.C.C. et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 831-836, 2010.

BORENSTEIN, M.S. et al. As fontes historiográficas em pauta: a História Oral e a pesquisa documental. In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. (Org.). **Enfermagem em Santa Catarina: Recorte de uma História (1900 - 2011)**. Santa Catarina: Secco, 2011. p. 37-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº. 485, de 11 de novembro de 2005**. Norma Regulamentadora 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005. Disponível em: [http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf) Acesso: 06 ago 2011.

BUCHALLA, C.M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 117-119, 2002.

CANINI, S.R.M.S. et al . Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n . 5, p. 818-823, 2008.

CARDOSO, A.C.M.; FIGUEIREDO, R.M. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 73-78, 2010.

CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 61-69, 2006.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2008.

GALLAS, S.R.; FONTANA, R.T. Biossegurança e a equipe de enfermagem na unidade de cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 786-792,

2005.

GALON, T.; MARZIALE, M.H.P.; SOUZA, W.L. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 160-167, 2011.

GALON, T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P. Acidentes de trabalho com material biológico em hospital universitário de São Paulo. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 673-685, 2008.

GIRONDI, J.B.R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 12, n.1, p. 20-72, 2010.

GUILARDE, A.O. et al. Acidentes com material biológico entre profissionais de hospital universitário em Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**, v. 39, n. 2, p. 131-136, 2010.

JUNGES, J.R. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE, C.P.; ZOBOLI, E.L.C.P. (Orgs.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida- SP: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo, 2007. p.139-57.

KOERICH, M.S. et al. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. **OBJN**, v. 5, n. 3, 2006.

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. São Paulo: UNICAMP, 2003.

MARZIALE, M.H.P.; RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 571-577, 2002.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 59, n. 6, 661-665, 2006.

MONTEIRO, C.M.; BENATTI, M.C.C.; RODRIGUES, R.C.M. Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo

em três hospitais. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 101-107, 2009.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 606-613, 2011.

NEVES, C.L.R. et al. Os cuidados de enfermagem ao cliente com hiv/aids em um hospital universitário na década de 1980. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**, v. 1, n. 2, p. 299-316, 2009.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584. 2005.

PAIVA, M.H.R.S.; OLIVEIRA, A.C. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profissionais do atendimento pré-hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 268-273, 2011.

PEREIRA, A.L.; NICHATA, L. Y. I. The civil society against aids: collective demands and public policies. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n. 7, p. 3249-357, 2011.

PIRES, D.E.P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 373-379, 2010.

RIBEIRO, L.C.M. et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 325-332, 2010.

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. & Saúde Col.**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SANTOS, J.L.G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012.

SANTOS, N.J.S.; MONTEIRO, A.L.C.; RUIZ, E.A.C. The first casa of due to occupational in Brasil. Brazian. **Jour. Infect. Disease**, v. 6, n. 3,

p. 140-141, 2002.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SILVA, A.I.D. et al. Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 124, p. 265-273, 2011.

SIMÕES, M.R.L.; MARQUES, F.C.; ROCHA, A.M. O trabalho em turnos alternados e seus efeitos no cotidiano do trabalhador no beneficiamento de grãos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1070-1075, 2010.

SIQUEIRA, A.C.; SIQUEIRA, F.C.; GONÇALVES, B.G.O.G. O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Reme: Rev Min Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 41-45, 2006.

SOUZA, P.K.R.; MIRANDA, K.C.L.; FRANCO, A.C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 381-384, 2011.

SPAGNUOLO, R.S.; BALDO, R.C.S.; GUERRINI, I.A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 11, n. 2, p. 315-323, 2008.

TAKAHASHI, R.F. **Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e aids.** 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 2006.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.; PINHEIRO, R.D.C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 332-339, 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.C.S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro-cortante. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 4, p. 804-810, 2008.

### **5.1.2 Artigo 2 - Estratégias de biossegurança dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 - 2006**

#### **ESTRATÉGIAS DE BIOSSEGURANÇA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS, NO PERÍODO DE 1986 - 2006**

#### **STRATEGIES OF HEALTH BIOSECURITY IN THE CARE OF PEOPLE WITH HIV/AIDS DURING THE PERIOD 1986-2006**

#### **ESTRATEGIAS DE BIOSEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL CUIDADO A LAS PERSONAS CON VIH/SIDA EN EL PERÍODO 1986 - 2006**

Mariana Vieira Villarinho  
Maria Itayra Padilha

**Resumo:** Trata-se de um estudo descritivo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, que tem como objetivo identificar as estratégias de biossegurança utilizadas pelos trabalhadores da saúde de um Hospital Referência em doenças infecto contagiosas, no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 a 2006. Para a coleta de dados, utilizou-se a História Oral como método-fonte para entrevista com 23 trabalhadores da saúde, os quais participaram e vivenciaram o cuidado às pessoas com HIV/aids, no período do estudo. E para tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, na qual emergiram três categorias: - Busca pelo conhecimento sobre a aids no início da epidemia; - Mudança no processo de trabalho: estratégia de biossegurança à minimização do acidente de trabalho; e Conduta pós-acidente de trabalho: estratégia de biossegurança na minimização da transmissibilidade do HIV. Tais categorias trazem a tona as estratégias de biossegurança apontadas pelos trabalhadores da saúde no cuidado aos pacientes com HIV/aids, no início da epidemia. Pois, foi preciso e certo investir na segurança, através de ações educativas e preventivas que promoveram transformações culturais, que produziram maior simetria entre os trabalhadores da saúde, sobretudo da enfermagem, enaltecendo o cuidado de si, no cuidado às pessoas, independente do seu diagnóstico soropositivo para o HIV, com enfoque na saúde e qualidade de vida do trabalhador, no âmbito de sua atividade laboral.

**Descritores:** Biossegurança; Riscos ocupacionais; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Profissionais da saúde; Enfermagem; História da Saúde.

**Abstract:** A descriptive qualitative study with a socio-historical perspective aimed at identifying biosecurity strategies used by health workers who worked at an infectious-diseases Reference Hospital, related to the care of people with HIV/AIDS during the period 1986-2006. For data collection, the method-source of Oral History to interview 23 health workers who have participated and have experience in the care of people with HIV/AIDS during the study period was used. To analyze the data, we used content analysis of Bardin, which produced three categories: Search on AIDS knowledge, mainly at the beginning of the epidemic; Changes of the work's process: Biosafety strategies and its influence on the reduction of occupational accidents with biological material; and post-accident behavior: Biosafety strategies and its influence in minimizing HIV transmission. These categories highlighted biosecurity strategies mentioned by health workers in the care of patients with HIV/AIDS at the beginning of the epidemic. At that time was important to invest in safety through educational and preventive actions that promote cultural transformations and produce greater symmetry between workers, mainly among nurses, to improving their self-care and care for other people, regardless of their HIV-positive diagnosis by focusing on the health and quality of life of workers as part of their work activities.

**Descriptors:** Biosafety, Occupational Hazards, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Health Professionals, Nursing, Health History

**Resumen:** Estudio descriptivo cualitativo con perspectiva socio-histórica, que tiene como objetivo identificar las estrategias de bioseguridad utilizadas por los trabajadores de salud de un Hospital Referencia en enfermedades infecto-contagiosas, en la atención de personas con VIH/SIDA en el período de 1986 a 2006. Para la recolección de los datos, se utilizó la Historia Oral como método-fuente para entrevistar a 23 trabajadores de la salud, que habían participado y experimentado el cuidado de las personas con VIH/SIDA durante el período de estudio. Y para el tratamiento de los datos, se utilizó el análisis de contenido de Bardin, del cual emergieron tres categorías: Interés por búsqueda del conocimiento sobre el SIDA; Mudanza en el proceso de trabajo: estrategia de bioseguridad en la minimización del

accidente laboral y conducta post accidente laboral: estrategia de bioseguridad en la minimización de la transmisión del VIH. Tales categorías resaltan, las estrategias de bioseguridad mencionados por los trabajadores de salud en el cuidado a pacientes con VIH/SIDA al inicio de la epidemia, pues fue preciso invertir en seguridad a través de acciones educativas y preventivas que promovieran transformaciones culturales y produzcan mayor simetría entre los trabajadores, principalmente de enfermería, mejorando su autocuidado, el cuidado de las personas, independientemente de su diagnóstico seropositivo de VIH, con enfoque en la salud y la calidad de vida de los trabajadores, como parte de sus actividades laborales.

**Descriptor:** Bioseguridad, Riesgos ocupacionales; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Profesionales de Salud, Enfermería, História de Salud

## INTRODUÇÃO

O interesse pela temática decorre da existência dos inúmeros riscos encontrados nos ambientes de trabalho, que podem afetar a saúde e a integridade física do trabalhador. Dentre os riscos, o biológico, é o que mais acomete o trabalhador da saúde, visto que na maioria das vezes realizam procedimentos envolvendo exposição ao sangue, entre outros fluidos corpóreos.

Koerich et al. (2006) ressaltam que a forma como os trabalhadores da saúde percebem os riscos biológicos e o cuidar de si, traz à tona a importância de se discutir **estratégias de biossegurança** e de incluí-las na discussão do conceito ampliado de saúde, o que implica em pensar qualidade de vida. O cuidado de si, segundo Silva, Oliveira, Silva et al. (2009) envolve ainda questões acerca de comportamentos e possibilidades, a exemplo da adoção das medidas de biossegurança, com vistas à promoção da saúde, bem estar e qualidade de vida do trabalhador.

Neste contexto, e em meio ao surgimento da aids e com ela, a possível transmissão ocupacional pelo vírus do HIV, decorrente do acidente de trabalho envolvendo exposição a material biológico surge a preocupação do Center of Disease Control pela higiene e segurança no trabalho. A partir de então, recomendações no sentido de proteger os profissionais foram preconizadas e periodicamente revisadas, alteradas, considerando-se a inovação de conhecimentos e a epidemiologia da doença (CDC, 2005).

A busca incessante pelo conhecimento acerca da aids e sua real



forma de transmissão, assim como a mudança no processo de trabalho, com adoção de técnicas e métodos preconizados foram estratégias de biossegurança eficazes à eliminação e/ou minimização dos riscos ocupacionais, experienciadas pelos trabalhadores da saúde, no Hospital Nereu Ramos (HNR), contexto deste estudo. Ademais, Miranda, Junior, Petreli et al. (2011) enfatizam o quanto foi relevante e necessário a conduta pós acidente de trabalho, uma vez que tais medidas de biossegurança em muito influenciaram na redução da possível transmissão do HIV entre outras doenças veiculadas pelo sangue, quando na eventual ocorrência do acidente de trabalho com exposição ao material biológico possivelmente contaminado.

Acredita-se que as estratégias de biossegurança quando confiáveis e aplicáveis são de suma importância e pré-requisitos essenciais aos trabalhadores da saúde no âmbito de sua prática de cuidado. Diante do contexto e ponderando acerca da temática exposta, decidiu-se realizar este estudo que tem por objetivo:

- Identificar as estratégias de biossegurança utilizadas pelos trabalhadores da saúde de um Hospital Referência em doença infecto contagiosas, no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 a 2006.

O anseio pela pesquisa com trabalhadores da saúde, orientando-se pelas suas histórias e memórias deve-se por compreender o quanto estas lembranças e experiências, acerca das suas práticas de cuidado junto aos pacientes com HIV/aids, ao longo da epidemia, revelam seus modos de cuidar, o quanto que o trabalhador da saúde, sobretudo da enfermagem tiveram que criar, desenvolver estratégias com vista a melhorar as condições e proteção no seu ambiente de trabalho.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa, que fez uso da História Oral (HO) como método-fonte para a coleta de dados. Pois tal fonte historiográfica privilegia a realização de entrevistas com pessoas que presenciaram, testemunharam, participaram de acontecimentos num determinado contexto social (PADILHA et al., 2011).

A HO, a ser utilizada como método-fonte, possibilita aos sujeitos do estudo, ou seja aos 23 (vinte e três) trabalhadores da saúde, serem ouvidos, abrir espaço na história para àqueles que não tiveram voz sobre a sua própria história, no cuidado aos pacientes com HIV/aids, ao longo

da epidemia, através de suas memórias. Assim foram entrevistados, no período de março a outubro de 2011, quatro médicos, oito enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga que participaram, vivenciaram, direta ou indiretamente, do cuidado às pessoas com HIV/aids, internadas no Hospital Nereu Ramos (HNR), no período de 1986 à 2006. Os critérios de inclusão foram: trabalhadores da saúde que atuaram no cuidado aos pacientes com HIV/aids, no período de estudo; que possuíam boa memória sobre o desenvolvimento das suas práticas laborais, no cuidado às pessoas com HIV/aids; e que possuíam disponibilidade e interesse em participar.

Considerando a importância da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada, mediante o Parecer nº920/10.

Posteriormente, foi realizada a seleção dos sujeitos para participarem da pesquisa, a partir de uma solicitação feita ao Setor de Recursos Humanos do HNR, e por recomendação dos próprios trabalhadores já entrevistados. Todas as entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade do entrevistado, respeitando local, data e hora por eles sugeridas. Além do próprio hospital, algumas entrevistas ocorreram nos domicílios, e outras em seus locais de trabalho.

Após o processo de coleta de dados, os mesmos foram transcritos, a fim de preservar a confiabilidade dos relatos. A transcrição e organização dos relatos obtidos pela entrevista constituíram a ordenação dos dados e a classificação ocorreu a partir de exaustivas leituras e releituras, de modo a agrupar/compilar provisoriamente os possíveis enunciados. Nesse percurso, procurou-se identificar estruturas de relevância e realizar o re-agrupamento por temas, conforme estabelece, a análise de temática de Bardin (2004), na qual emergiram as categorias: **- Busca pelo conhecimento sobre a aids no início da epidemia; - Mudança no processo de trabalho: estratégia de biossegurança à minimização do acidente de trabalho; e Conduta pós-acidente de trabalho: estratégia de biossegurança na minimização da transmissibilidade do HIV.** Tais categorias trazem a tona, as estratégias de biossegurança apontadas pelos trabalhadores da saúde no cuidado aos pacientes com HIV/aids no início da epidemia.

## RESULTADOS

### **Busca pelo conhecimento sobre a aids no início da epidemia**

Nesta categoria algumas questões foram levantadas pelos trabalhadores da saúde, como sendo consideradas estratégias de biossegurança utilizadas no cuidado às pessoas com HIV/aids, no início da epidemia. Destacaram **o interesse pelos estudos, conhecimentos sobre a aids**, assim como o **compartilhamento de tal conhecimento entre os profissionais da saúde** do HNR e demais instituições de SC.

De acordo com Miranda (2003) o surgimento da aids em Santa Catarina foi marcado por espanto, medo, estigma por grande parte da sociedade civil, incluso os próprios profissionais da saúde, diante do desconhecido. Pois, até então as formas de conhecimento produzidas sobre a aids tinham uma conotação de doença traduzida por angústia, pânico, rejeição.

Assim foi preciso estudar, buscar conhecimento sobre a real forma de transmissão do HIV, pois quando se conhece aquilo com que se trabalha o sentimento de proteção, torna-se mais presente. Fatos que se observa, a partir das seguintes falas:

*Todos nós estávamos assustados com aquela doença nova. Daí uma medida para nos sentirmos mais seguros era estudar, entender mais sobre a doença, quais os cuidados que deveríamos ter. Era preciso tomar os devidos cuidados e os médicos e a enfermeira abriram meus os olhos para eu também me cuidar (D1).*

*Tivemos que estudar, correr atrás para conhecer melhor a aids, os cuidados com a nossa segurança. Porque no início a gente não sabia nada (TE1).*

*Na época, tudo era novidade. Então a gente tinha que ir atrás, ia desenvolvendo estratégias, medidas para a nossa segurança. E nós trabalhávamos unidos, reuníamos para estudar, discutir casos, conhecer mais sobre a doença, as precauções (E1).*

*Tudo era novo, então a gente se reunia para tirar as dúvidas, começamos a aprender um com o outro, com a própria equipe, fomos autodidatas e ficávamos atentos a tudo, para a nossa*

*segurança (AS1).*

*Toda a equipe, psicólogo, dentista, médicos, assistente social, enfermeiras, teve que correr atrás, estudar, discutir os cuidados que deveríamos ter com o paciente e com a segurança da gente (M2).*

*Como eu era a única psicóloga, eu participava das reuniões de enfermagem, médica e essa integração da equipe era muito boa. A meu ver o diálogo, a troca de conhecimento entre os profissionais no início da epidemia foi fundamental para a proteção da equipe (P1).*

*A equipe se reunia praticamente todos os dias, para discutir qual seria o próximo passo? Que medidas estamos tomando para a nossa segurança? É, a gente se preocupava muito, no início da aids, por ser uma doença desconhecida (E3).*

Além da busca incessante pelo conhecimento sobre a doença, suas formas de transmissão até então pouco conhecidas, os relatos mencionam também a importância da equipe multidisciplinar neste processo às condições de trabalho mais segura.

Segundo Vieira e Padilha (2008) o novo, o desconhecido como no surgimento da aids gera medo, receio, insegurança pelos trabalhadores da saúde, no âmbito do cuidado prestado às pessoas com HIV/aids. E neste contexto, a falta de conhecimento sobre a aids e principalmente a real forma de transmissão do vírus, acabou por deixar o trabalhador da saúde mais susceptível aos riscos envolvendo exposição ao material biológico possivelmente contaminado. Desta forma, a busca pelo conhecimento, assim como a integração, o trabalho conjunto entre as diferentes categorias profissionais foram estratégias fundamentais para uma maior proteção dos trabalhadores, no decorrer de sua atividade laboral.

De acordo com Spricigo e Madureira (2003) alguns trabalhadores da saúde até conhecem os riscos no seu ambiente de trabalho, porém de forma genérica e esse conhecimento não se transforma em uma ação segura de prevenção. Os riscos ocupacionais podem ser ou estar ocultos pela falta de conhecimento e/ou informação, situação esta em que o

trabalhador sequer suspeita da sua existência. Neste sentido acreditamos que o trabalhador da saúde deva ir atrás de conhecimento, mostrar-se interessado em aprender, assim como compartilhar, discutir com seus colegas da equipe de trabalho dúvidas, angústias acerca dos riscos, os quais estão expostos no cuidado às pessoas com HIV/aids.

O trabalho em equipe, segundo Pinho (2006) é realizado por um grupo de pessoas que juntas se comunicam, dialogam, compartilham e consolidam conhecimentos para que planos sejam realizados, decisões futuras sejam influenciadas e ações sejam determinadas.

No presente estudo, o trabalho em equipe, face ao surgimento da aids no HNR foi essencial para que os trabalhadores da saúde juntos pudessem adquirir mais conhecimento, discutir, compartilhar os mesmos, assim como os possíveis riscos encontrados no ambiente de trabalho e desta forma propor ações, estratégias para maior segurança, no cuidado às pessoas com a doença.

No que se refere ao **compartilhamento do conhecimento sobre a aids**, este sem sombra de dúvida foi outra importante estratégia de biossegurança utilizada pelos trabalhadores da saúde, pois mais que a busca pelo conhecimento foi preciso socializar o mesmo. E os sujeitos do estudo deixaram muito claro a importância deste compartilhar a sua proteção, conforme demonstra os relatos:

*A enfermeira e o médico tinham mais conhecimento sobre a aids e daí sempre passavam as orientações pra gente. É, eles se preocupavam bastante com as medidas de segurança para gente não se contaminar (AE1).*

*Com a internação do primeiro paciente com aids, elaborei um rol mínimo de cuidados, de precauções e tal, mas tudo dentro das possibilidades da época, porque não se tinha internet. Dai fixei no posto de enfermagem, chamei a equipe que trabalhava comigo e falei sobre os cuidados, as medidas de segurança que deveriam ter (E2).*

*Lembro que a enfermeira catava as informações sobre a doença e colocava no muralzinho, sempre tinha uma informação nova. Fomos aprendendo sobre a aids no dia a dia, inclusive os cuidados que a gente tinha que ter com a gente, porque ninguém sabia a real forma de transmissão da doença (AE3).*

É possível observar nas falas o importante papel do médico e principalmente da enfermeira no compartilhamento de informações, orientações acerca das precauções que os demais membros da equipe deveriam ter no cuidado aos pacientes com HIV/aids.

Strapasson e Medeiros (2009) colocam que o enfermeiro, enquanto membro e líder da equipe de enfermagem é o profissional responsável em compartilhar seu conhecimento para que em harmonia e complementariedade com os demais profissionais da saúde, preserve a integridade física e mental do trabalhador. Ainda neste contexto e em concordância de que os trabalhadores da saúde precisam constantemente de orientações quanto a sua proteção, durante o cuidado do outro, é oportuno ressaltar a importância da educação continuada.

*A educação continuada a meu ver foi fundamental para segurança dos funcionários. A realização de cursos sobre biossegurança, por exemplo, nunca é demais para passar as orientações, precauções necessárias. Acho que essa questão de reeducar é interessante porque renova os funcionários (N1).*

*Eu considero a reciclagem fundamental à segurança dos trabalhadores. É preciso trabalhar, reforçar a importância do uso das medidas de biossegurança, através da educação continuada (M4).*

*Desde que assumi a CCIH sempre fiz treinamentos sobre medidas de biossegurança, uso correto dos EPIs aos funcionários. É importante reciclar, orientar os funcionários e as capacitações foram excelentes oportunidades para se discutir, compartilhar o conhecimento entre a equipe (E8).*

Para Machado, Flôr e Gelbcke (2009) a educação continuada com freqüentes atualizações acerca das precauções padrão é de extrema importância aos trabalhadores da saúde, no âmbito das suas atividades, visto que a desatualização ou a inexistência das mesmas dificultam o acompanhamento do avanço científico e a atualização das práticas de biossegurança.

Gubert e Prado (2011) complementam ainda que a educação continuada, a partir de um trabalho cooperativo, mas que reciclar

permite aos envolvidos uma continua especialização, o compartilhamento de informação, experiências, assim como orientação. Concordamos com os autores e ressaltamos que este compartilhar deva extrapolar a informação e intervir com diferentes estratégias, visto que alguns dos trabalhadores da saúde até conhecem as medidas de biossegurança, porém não as empregam de maneira sistemática e constante. Neste sentido, cabe aos serviços de saúde planejarem e implementarem orientações específicas aos trabalhadores da saúde para que os mesmos adotem um exercício profissional seguro.

Ainda neste contexto do compartilhar conhecimento sobre a aids no início da epidemia, é oportuno ressaltar que tal compartilhamento não se ateve apenas aos trabalhadores da saúde do HNR, mas também aos profissionais dos demais serviços de saúde do Estado de Santa Catarina, como revela as seguintes falas:

*Capacitávamos a nossa equipe do Nereu e dos outros locais. A gente compartilhava o conhecimento que tínhamos sobre a aids, principalmente as precauções a se ter no cuidado ao paciente (M1).*

*Nós éramos a referência para infecto. Então, cabia a nós treinar, capacitar, informar os profissionais da saúde sobre os cuidados importantes para sua segurança (E2).*

*Enquanto equipe de um hospital de referência a gente ia para aquelas cidades em que os casos de aids estava aparecendo e falávamos horas e horas sobre os cuidados, as precauções (M2).*

O fato do HNR ser considerado um hospital de doenças infecto parasitárias tornou o mesmo referência também no tratamento e treinamento da aids. Tão logo, os profissionais da saúde tiveram que buscar mais conhecimento e maior especialização para a execução correta e segura das técnicas e procedimentos necessários no cuidado aos pacientes (GUEDES, 2007). Neste contexto é oportuno ressaltar ainda que o HNR assumiu seu papel de referência, fez com que o conhecimento sobre a aids, sobretudo as medidas de biossegurança, extrapolasse o ambiente interno e fosse socializado às demais instituições de saúde de SC, onde estavam surgindo os primeiros casos da doença.

### **Mudança no Processo de trabalho: estratégia de biossegurança na minimização do acidente de trabalho**

A adoção das medidas de biossegurança, com a **utilização dos EPIs, manuseio cuidadoso dos materiais perfurocortantes**, em não reencapar agulhas contaminadas, desprezar as mesmas em local apropriado, assim como a **atenção, cautela durante os procedimentos** foram estratégias incorporadas pelos sujeitos do estudo, as quais se caracterizaram por uma mudança no processo de trabalho que por sua vez influenciaram na minimização dos acidentes de trabalho com exposição ao material biológico.

No que se refere ao **uso dos EPI**, estes com o surgimento da aids, foram adotados pelos trabalhadores da saúde, sendo considerados indispensáveis para sua segurança. E como pode-se observar nos relatos, os sujeitos do estudo não apontaram apenas o uso da luva como medida de biossegurança, mas também dos demais equipamentos, como avental, gorro, máscara, entre outros, decorrente da falta de conhecimento acerca da real forma de transmissão do HIV, no início da epidemia.

*Eu me lembro bem da cena do primeiro paciente que internou, que foi diagnosticado pelo doutor. Ele estava irônico, era gorro, máscara, luva, avental, pró-pé... parecia que ia entrar numa sala de cirurgia (M1)*

*Lembro do primeiro paciente que atendi, ele até foi indicado pelo doutor. Daí, me fantasiei tipo um astronauta, botei gorro, luva, máscara, óculos protetor, um guarda-pó, tudo que tinha direito... entrava no consultório todo paramentado (D1).*

*Nos primeiros pacientes que chegaram com aids, como não se conhecia direito a doença, a gente usava todos equipamentos, depois é que fomos tendo consciência de quando mesmo a gente precisava usar (AE1)*

*Eu praticamente saía do posto de enfermagem com luva e com máscara, sempre tinha comigo no bolso. Criei essa rotina para a minha segurança (TE3).*

*Assim que surgiu a aids, veio pra gente usar uma proteção para o rosto, era uma espécie de capacete de soldador, só que ao invés de ser*



*escuro, o nosso era de acrílico branco. Então, tu botavas aquilo e ficava aquele negócio aqui quadrado na tua frente, muito desconfortável, apertava a cabeça (TE4).*

*No começo, pelo desconhecimento real sobre a transmissão da doença, usávamos tudo, era um cuidado excessivo. E depois se teve certa racionalidade, o funcionário passou a utilizar os EPIs só quando em contato com secreção, sangue (E2).*

É possível observar, a partir dos relatos, que com o advento da aids, várias foram as mudanças nas atividades práticas dos trabalhadores da saúde, principalmente aquelas relacionadas à vestimenta adequada tendo como preocupação primordial o medo de infectar-se, de morrer. Pois, até então, antes do conhecimento do HIV, os riscos de acidentes de trabalho por material biológico eram subestimados, embora sabidamente pudessem contribuir para a transmissão de muitas outras doenças infecto contagiosas veiculadas pelo sangue, que igualmente ao HIV, conferiam agravos importantes à saúde (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

Com o surgimento do HIV a revisão da prática profissional tornou-se necessária, uma vez que o contágio por tal vírus provoca uma doença de alta mortalidade e morbidade (NEVES et al., 2009). Desta forma, o CDC dos Estados Unidos da América publicaram em 1987 o "Guia para prevenção da transmissão do HIV, vírus da hepatite B nos profissionais de saúde", no qual as precauções denominadas Universais passaram a ser recomendadas toda vez que se suspeitava ou conhecia o agente infeccioso. No entanto, este sistema apresentava pouca eficácia na prevenção de transmissão de infecções ocasionadas por contaminação sanguínea, devido à impossibilidade de se conhecer rapidamente o diagnóstico sorológico do paciente (CDC, 2005).

Assim, em 1996, mantendo-se a essência de considerar o risco universal, o CDC preconizou uma nova proposta, que substituiu o termo "Precauções Universais" por PP "Precauções Padrões", as quais incluíram o uso dos equipamentos de proteção individual (luva, máscara, protetor ocular e avental) sempre que for previsto o contato com sangue; sêmen; secreções vaginais, líquidos amniótico, cérebro-espinhal, pericárdico, peritonal, pleural e sinovial, além de outros fluidos corporais com sangue, independente da situação sorológica do paciente (BRASIL 2004, 2006; GALON, MARZIALE, SOUZA, 2011).

Ainda neste contexto, com relação a utilização dos EPIs, um estudo identificou que dos 100 profissionais da saúde entrevistados, 76 mencionaram alteração na prática profissional com o surgimento do HIV/aids, sendo que destes 52, ou seja 68,4% atribuíram respostas referentes à paramentação, o uso dos EPIs com intuito de se proteger (GIR et al., 2000).

A utilização dos EPIs, de acordo com a Norma Regulamentadora 06 é definida como obrigação do trabalhador, que deve adotá-lo apenas com a finalidade a que se destina (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011). Concordamos com os autores, porém complementamos que se faz necessário a presença também da Instituição de Saúde neste cenário, pois é preciso ir além, não basta fornecer EPIs, é necessário sensibilizar, capacitar, bem como escutar os anseios, as dúvidas dos trabalhadores no que se refere a adoção e uso correto das medidas de biossegurança.

Além da adoção dos EPIs, outras estratégias na prática profissional dos trabalhadores da saúde do HNR foram adotadas, em consequência ao surgimento do HIV/aids, a exemplo do **manuseio cuidadoso dos materiais perfurocortante**. Este foi mencionado como importante estratégia de biossegurança incorporada pelos sujeitos do estudo, a qual se caracterizou por um processo de trabalho adequado, que por sua vez influenciou na minimização dos acidentes de trabalho com exposição ao material biológico. Conforme se observa nas seguintes falas:

*Uma medida de segurança importante que a enfermagem adotou com o surgimento da aids foi o desprezo das agulhas contaminadas em locais resistentes como latas de leite, Nescau. E também passou a não mais reencapar as agulhas contaminadas (M1).*

*Com a aids medidas de biossegurança foram recomendadas. Passei a não reencapar a agulha usada no paciente eu colocava de maneira bem visível para que eu não me acidentasse, depois desprezava no local adequado (TE2).*

*Era preciso desenvolver estratégias para trabalharmos de maneira mais segura, daí passamos a trazer latas de leite Ninho, Nescau para colocar as agulhas contaminadas e éramos alertados a não reencapar mais as agulhas (TE4).*

*Não se tinha Descarpacks, então a gente pedia para que trouxesse lata de leite, chocolate em pó, porque era toda de metal. Lembro também que a gente pegava duas ou três caixas de papelão para ficar mais reforçada e éramos recomendados a desprezar as agulhas, seringas com sangue ali (E4).*

*A enfermagem se preocupava com as medidas de biossegurança, não é a toa que lembro que traziam latas de leite Ninho, potes de plásticos para desprezar o material perfurocortante contaminado (M3).*

*Quando entrei o lixo perfurocortante era jogado em latas de Nescau, recipientes mais rígidos, acho que a partir de 98 é que começou a vir essas caixas de perfurocortante mesmo, porque neste ano lembro que comecei a fazer justificativas para pedir a máscara com filtro para tuberculose (E8).*

Nota-se que com o surgimento da aids maior preocupação foi dada pelos trabalhadores da saúde, principalmente pela enfermagem ao manuseio dos objetos perfurocortantes, ao não reencapamento das agulhas contaminadas, assim como ao desprezo dos mesmos em local apropriado.

Estudos ratificam que em consequência ao advento da aids, recomendação quanto à manipulação cuidadosa de objetos cortantes e pontiagudos, foram preconizados, como o não reencapar, entortar, quebrar ou retirar agulhas das seringas e descartá-las em recipientes resistentes imediatamente após o uso (GIR et al., 2005; GIR et al., 2000). Visto ser notória a frequência com que ocorrem acidentes envolvendo material perfurocortante, como lâminas de bisturi e agulhas.

Neste contexto, é oportuno citar ainda um estudo realizado em hospital universitário no Brasil, o qual analisou as situações de ocorrências e tendências de acidentes com agulha, evidenciou que 15 a 35% dos acidentes de trabalho apontaram falhas relacionadas ao procedimento de cuidado com as agulhas (BAKKE; ARAUJO, 2010). Um outro estudo, acerca da prática de reencapar agulhas entre profissionais da saúde, detectou, através da análise dos recipientes de descarte, que mais de 50% das agulhas, encontravam-se reencapadas e

que cerca dos 46% dos acidentes relativos a perfurações estavam relacionados a práticas não recomendadas (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2002).

Diante do elevado número de acidentes com material biológico envolvendo objeto perfurocortante, como agente causador, sem sobra de dúvida, o manuseio adequado de tais objetos passou a ser estratégia de biossegurança essencial ao processo de trabalho adequado. Logo ressaltamos a importância da necessidade de vigilância e treinamentos contínuos, no sentido de fomentar a adoção das mesmas pelos trabalhadores da saúde, a fim de propiciar um ambiente de trabalho seguro.

Ainda com relação a mudança no processo de trabalho favorecendo na minimização dos acidentes de trabalho envolvendo material biológico possivelmente contaminado, os sujeitos do estudo adotaram como medida e/ou estratégia para sua segurança, a importância da **atenção e cautela durante os procedimentos**.

*Tu mesmo tem que se disciplinar, quando ia fazer algum procedimento, procurava fazer com o máximo de atenção, segurança (TE3).*

*Passei a ter o máximo de atenção, cuidado durante os procedimentos, porque a atenção é uma medida indispensável para a nossa segurança, para evitar os acidentes de trabalho (TE4).*

*Graças a Deus nunca me acidentei, mas eu sempre fui muito cuidadoso, cauteloso com isso. É importante fazer o procedimento tranquilo, com atenção, com segurança, porque daí dificilmente se acidenta (M2).*

*Com certeza a atenção, a vigilância cerrada no procedimento executado foram medidas de biossegurança fundamentais para evitar o acidente (P1).*

A maior atenção dispensada pelos trabalhadores da saúde durante os procedimentos envolvendo exposição a material orgânico, pode-se dizer que foi uma importante incorporação na prática profissional em consequência da aids, uma vez que a correria, o descuido, a falta de

atenção foram, como ainda continuam sendo, fatores agravantes para ocorrência dos acidentes de trabalho.

Segundo Gallas e Fontana (2010), a calma e a atenção são atitudes que devem ser adotadas durante a prática laboral, a fim de prevenir os acidentes do trabalho, fortalecendo a idéia de que o trabalhador também está ciente de sua contribuição na prevenção ou ocorrência dos mesmos. Concordamos plenamente com os autores, pois, mais que recomendações, ter o máximo de atenção são atitudes, que responsabilizam os trabalhadores da saúde no reconhecimento da importância do seu envolvimento no processo de prevenção dos acidentes de trabalho.

Além do uso dos EPIs, do não reencapamento das agulhas contaminadas, do desprezo das mesmas em local apropriado, assim como da atenção, cautela, durante os procedimentos envolvendo sangue e/ou fluídos corpóreos, como estratégias de biossegurança, no cuidado às pessoas com HIV/aids. É oportuno ressaltarmos, que outras também foram as estratégias desenvolvidas e mencionadas por alguns sujeitos do estudo, as quais foram essenciais ao processo de trabalho adequado e seguro. Conforme demonstra as falas:

*Era bizarro, os tubos de ensaio com sangue eram transportados soltos. Daí a enfermagem criou uma caixinha própria para colocar os tubos. É a enfermagem foi criando aparatos, estratégias para a segurança dos funcionários (AS1).*

*No Nereu não tinha laboratório, então o sangue era levado de Kombi dentro de caixas de isopor para outro laboratório. Daí eu e as outras duas enfermeiras fomos desenvolvendo estratégias para a segurança dos funcionários, lembro que criamos uma caixa com suportes para os tubos de ensaio (E3).*

*Eram muitos pacientes novos chegando, daí tivemos que desenvolver estratégias, organizar o serviço para a nossa segurança. Começamos a colocar plaquinhas na porta do quarto dos pacientes, informando as precauções deveríamos ter (TE4).*

*Com o surgimento da aids, tivemos que nos adequar. A enfermagem esteve a frente de todas estas transformações. E a organização do serviço*

*foi fundamental para nossa segurança (E2).*

*Era muito importante desenvolver estratégias para diminuir os riscos. Daí quando entrei pedi para que se providenciasse a capela de fluxo laminar, enquanto isso, recomendava que os medicamentos mais nocivos fossem preparados na sacada (E6).*

É histórico dizer que a enfermagem com seu saber e poder sempre esteve a frente, na organização dos serviços de saúde e isto não foi diferente no HNR. Pois, de acordo com Borenstein et al. (2011) as enfermeiras tiveram um papel fundamental no sentido de resolver a complexa problemática para um cuidado seguro, buscando assim soluções em relação a material, equipamentos e principalmente organização do serviço de enfermagem para atuar com segurança junto aos pacientes com HIV/aids.

A criação de um recipiente apropriado para condicionamento seguro dos tubos de sangue, mencionado pelos sujeitos do estudo, é um exemplo de que a enfermagem, em consequência ao surgimento da aids teve que inovar, criar, desenvolver estratégias, enfim organizar o serviço, com vista a melhorar as condições e proteção no seu ambiente de trabalho.

### **Conduta pós-acidente de trabalho: estratégia de biossegurança na minimização da transmissibilidade do HIV**

A conduta pós-acidente de trabalho também foi uma estratégia de biossegurança apontada pelos sujeitos do estudo, pois apesar do mesmo já ter acontecido, tal conduta em muito influenciou na redução da possível transmissão do HIV entre outras doenças veiculadas pelo sangue. Nesta categoria algumas questões relacionadas a própria conduta pós acidente foram abordadas, a destacar: a **avaliação, registro do acidente de trabalho, o monitoramento do trabalhador submetido ao acidente**, assim como a **importância do apoio psicológico** ao trabalhador acidentado.

A precariedade de informação, conhecimento, assim como de políticas públicas voltadas à segurança do trabalhador, com a ausência, por exemplo, de quimioprofilaxia para uso pós-acidente com exposição ao material biológico contaminado, foram situações vivenciadas pelos trabalhadores do HNR, no início da epidemia. Todavia, mesmo com a

ausência da quimioprofilaxia, os sujeitos do estudo apontaram, quando da ocorrência de algum acidente de trabalho envolvendo sangue e/ou fluido com sangue, a importância da avaliação, do registro e do monitoramento como estratégia de biossegurança à minimização da possível transmissibilidade do HIV. Fato que se pode observar, a partir das falas:

*O trabalhador que se acidentava, a gente registrava e avaliava, porque no início da década de 90 não existia quimioplofilaxia. Só tinha o AZT, que era o mesmo utilizado no tratamento do paciente. A rotina daí era fazer o exame na hora, com um mês, três meses e depois com seis meses. Orientava também o uso do preservativo (M1).*

*Logo que me acidentei procurei o médico, daí a Doutora que me atendeu pediu o prontuário do paciente e disse: “- Olha, a carga viral do paciente está baixa, então nós vamos fazer o exame, depois você vai tomar essa medicação.” Lembro que fiz um exame no dia do acidente e depois os outros para monitoramento (D1).*

*Tive um acidente com contato de sangue no meu olho, lembro que corri, lavei com bastante água e comuniquei para o medico de plantão. Daí fui avaliada, me fizeram varias perguntas sobre o acidente e me prescreveram o AZT, que era o único que tinha na época para tomar. Fiz o acompanhamento, os exames tudo direitinho (AE3).*

*Me acidentei, mas ainda bem que na época já tinha um protocolo. Daí foi feito uma avaliação rigorosa, colheram a história de tudo como aconteceu, o médico foi chamado e baseado nas circunstâncias do acidente ele viu a necessidade da profilaxia (E7).*

*Eu me lembro do acidente de um funcionário, porque foi eu que atendi ele. Foi bem feio, ele enfiou uma agulha inteira no dedo. Na época tinha o AZT, daí além do registro, fiz toda uma avaliação da ocorrência, solicitei o exame e reforçava a importância de se fazer o*

No que se refere a **avaliação dos acidentes de trabalho**, é possível observar nos depoimentos dos sujeitos do estudo, a importância dada a tal conduta, na escolha para indicação ou não da Zidovudina (AZT). Uma vez que este ARV, de acordo com os relatos dos entrevistados era o único medicamento prescrito, no início da epidemia da aids, como medida de biossegurança à minimização da possível transmissão do HIV, em caso de acidente. Posteriormente é que o CDC, a partir de estudos e do surgimento das novas drogas elaboraram recomendação para que fossem administradas uma, duas ou mais drogas anti-retrovirais, caracterizando assim a quimioprofilaxia, conduta esta essencial à redução da viremia em acidente ocupacional (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011).

Segundo Valim e Marziale (2011) os critérios para indicação da quimioprofilaxia, quando da ocorrência do acidente de trabalho com exposição ao material biológico, exige uma rigorosa avaliação, investigação, pois diferentes são os graus de risco de contaminação para certas doenças, consequentemente diferentes também são as condutas recomendadas pós-acidente. Tal avaliação aborda volume de inoculação, profundidade da penetração da agulha ou objeto cortante, tipo e formato da agulha, assim como, característica do paciente fonte e a relativa imunidade do trabalhador acidentado (VALIM; MARZIALE, 2011).

A quimioprofilaxia, por sua vez é indicada para lesões profundas, provocadas por material perfurocortante, presença de sangue visível no dispositivo invasivo, acidentes com agulha previamente utilizadas em veia ou artéria de paciente HIV positivo, assim como acidentes ocasionados por agulhas de grosso calibre (BRASIL, 2004, 2006; GALON, MARZIALE, SOUZA, 2011). Fato que se pode observar, a partir destas falas:

*Na hora do procedimento o paciente levantou e a minha outra mão subiu e pegou a agulha bem aqui, aí atravessou. Foi com uma agulha bem calibrosa, uma 40X12, daí tive que tomar o AZT e também o Biovir que chegou depois. Lembro, que além do medicamento que tive que tomar, fiz o registro do acidente e o monitoramento (TE4).*

*Tive um acidente com perfuro em 98, 99 por aí. Ainda bem que nessa época já tinha a quimio porque o acidente foi bem feito, me acidentei com*



*agulha de punção lombar, que é bem grossa. Então com certeza eu precisava da profilaxia, para evitar que eu me contaminasse (M4).*

Ainda neste processo de avaliação do acidente de trabalho e de acordo com os autores, reforçamos a importância de se ter conhecimento do material biológico envolvido, visto que os acidentes envolvendo sangue, entre outros fluídos corpóreos potencialmente contaminado devem ser tratados como casos de emergência. Pois, quando indicadas as intervenções para quimioprofilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B, ambas para a sua maior eficácia, necessitam ser iniciadas na primeira ou segunda hora após o acidente (BRASIL, 2004, 2006).

Concomitante a avaliação do acidente de trabalho, cabe ressaltar a importância também do **registro do acidente** com exposição ao material biológico, visto que várias são as questões contempladas em um registro, como a circunstância do acidente, o tipo de exposição, a parte do corpo em contato com o material orgânico, entre outras. E estas informações, por sua vez, permitem a identificação dos possíveis riscos, situações de vulnerabilidade presentes no ambiente de trabalho, as quais contribuem no planejamento de ações voltadas à prevenção de doenças e/ou agravos, assim como, à promoção da saúde dos trabalhadores. Conforme revela as falas:

*O registro do acidente de trabalho era muito importante, porque daí a gente sabia onde realmente estavam os riscos, para poder evitar futuros acidentes (E5).*

*Logo que sabia da ocorrência de algum acidente envolvendo contato com sangue, entre os funcionários da minha equipe já o conduzia para fazer toda avaliação do acidente e principalmente o registro. Porque com os registros, a gente passava a conhecer melhor os tipos, as causas dos acidentes e daí propor ações de prevenção (E4).*

*Eu batia em cima da tecla para se registrar o acidente de trabalho. Era importante, porque alguns funcionários achavam que não era preciso registrar, ignoravam, desconsideravam o acidente (M1)*

Apesar da importância do registro, quando da ocorrência do acidente, é oportuno ressaltar também que infelizmente tal procedimento algumas vezes foi ignorado, não notificado, pelos trabalhadores da saúde. E segundo Napoleão et al. (2000) vários são os motivos para o não registro, que vão desde o simples desconhecimento da obrigatoriedade desse procedimento, passando pela não caracterização do episódio como acidente, como até mesmo o medo do trabalhador acidentado em realizar a notificação.

Neste contexto, Silva et al. (2011) complementam que a inexistência do registro do acidente de trabalho, interfere no conhecimento da real magnitude do problema, visto que tal conduta, constitui-se um importante procedimento à formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde.

Além da importância do registro, assim como da avaliação do acidente de trabalho, como requisito para indicação ou não da quimioprofilaxia, faz-se necessário também como conduta de biossegurança à minimização da possível transmissibilidade do HIV, a realização do **monitoramento do trabalhador acidentado**.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, o monitoramento, com a coleta do sangue deverá ocorrer logo após o acidente e com 45, 90 e 180 dias, quando do acidente com exposição ao HIV. Sendo este indicado para aqueles acidentes em que o paciente-fonte é desconhecido ou negativo, mas que apresenta comportamento de risco nos últimos 3 à 6 meses (janela imunológica). Na coinfeção, do vírus HIV com o vírus da Hepatite C, tal monitoramento deverá ser por 12 meses (BRASIL, 2004, 2006). É possível observar nas falas seguintes, a importância dada ao monitoramento como uma das condutas pós-acidente de trabalho relevante para evitar a possível transmissão ocupacional do HIV, uma vez que o mesmo exige o acompanhamento do trabalhador acidentado.

*Quando me acidentei, logo fiz o registro do acidente, e segui fielmente o que foi recomendado no atendimento. Tive todo um monitoramento, com coleta de sangue no momento do acidente e depois exames de controle com 45 dias, 3 meses e 6 meses. Este acompanhamento foi muito importante para não desistirmos do tratamento (E3).*

*Me acidentei, mas ainda bem que na época já tinha um protocolo. Lembro que fiz a quimioprofilaxia por um mês de antirretroviral e*

*depois o monitoramento por seis meses. Foi daí coletado sangue na hora do acidente, em seis semanas, doze semanas e seis meses. O acompanhamento foi tudo para continuar firme com a quimioprofilaxia e evitar a transmissão do HIV (E7).*

*Até 2003 a CCIH só fazia o acompanhamento do HIV, era no momento do acidente, com 45 dias, 3 meses e 6 meses e a partir de 2003, com o protocolo do Ministério, a gente começou a fazer o acompanhamento da hepatite C até os 12 meses. Era muito importante o oferecimento do suporte psicológico ao funcionário que estava fazendo o acompanhamento, porque a cada exame do monitoramento era um momento de muito sofrimento (E8).*

Nota-se ainda, a partir dos relatos que tal monitoramento, acompanhamento em conjunto com o suporte psicológico foram estratégias indispensáveis a adesão, assim como a manutenção do trabalhador da saúde ao esquema quimioprolático, pós-acidente. Pois, a cada retorno do profissional para fazer o monitoramento, o mesmo, revive todo o sofrimento e fica na expectativa com relação a uma possível soroconversão, vivenciando, dessa maneira, uma angústia prolongada, podendo chegar até um ano, no caso da co-infecção (SARQUIS, FELLI, 2009; MAGAGNINI, ROCHA, AYRES, 2011). O abalo era também da equipe, todavia que cada acidente, trazia a tona a vulnerabilidade para si.

Neste contexto, o **apoio psicológico** ao trabalhador da saúde frente ao acidente de trabalho com material orgânico possivelmente contaminado foi de suma importância ao restabelecimento do equilíbrio emocional, já que algumas das vezes o trabalhador acidentado, deparava-se com a dificuldade de iniciar, bem como, de completar o esquema profilático recomendado.

*O apoio psicológico era muito importante porque a gente fica muito abalado na hora do acidente e também quando a gente tá tomando o AZT para não desistir, porque o medicamento era muito forte. Me deixou pior ainda, me dava ânsia de vômito (D1).*

*O apoio psicológico ao funcionário em uso de quimioprofilaxia era muito importante para não abandonarem, porque os remédios davam muitos efeitos colaterais, muita diarreia (AE2).*

*Quando era indicado a quimioprofilaxia, o apoio psicológico era necessário, para evitar a desistência do tratamento, porque os efeitos adversos da quimio eram bastantes complicados. E era preciso ser levados a sério para evitar a transmissão do HIV (E1)*

*Estava fazendo uma punção lombar e na hora em que eu tirei a agulha, me piquei. Fiquei histérica, estressada, porque além do acidente ter acontecido com agulha de punção lombar que é bem grossa, o paciente fonte era multi-falhado e daí tive que tomar muitos medicamentos. Lembro que vomitava direto, era um horror, que nem consegui fazer os 28 dias de quimio. O emocional fica muito abalado, neste sentido era muito importante o suporte psicológico (M4).*

É possível observar que o apoio psicológico ajudou não só na adesão, como também a enfrentar o período da profilaxia como um todo. Estudo realizado em um ambulatório especializado em atendimento de trabalhadores vítimas de exposição ao material biológico, evidenciou que a adesão ao seguimento ambulatorial foi de 70% e do total dos que tiveram indicação de quimioprofilaxia com anti-retrovirais para o HIV, apenas 45% completaram o esquema proposto (ALMEIDA; BENATTI, 2007).

Neste contexto, vários são os fatores que podem levar à baixa adesão dos trabalhadores da saúde a terapia antirretroviral indicada após acidente, como os efeitos colaterais, a incompatibilidade do esquema de dose com suas atividades diárias, o número elevado de comprimidos, a falta de informação sobre os riscos da não adesão, e sobretudo, a falta de preparo emocional (LOUREIRO et al., 2009; SARQUIS et al., 2009).

Assim, para evitar a não adesão ao esquema quimioprofilático, faz-se necessário a organização dos serviços, com protocolos de atendimento, monitoramento, acompanhamento do trabalhador submetido ao acidente. E acima de tudo um serviço motivado a orientar os trabalhadores na prevenção dos acidentes e quando estes infelizmente

acontecerem informar os cuidados, procedimentos iniciais e adequados pós-acidente, incluindo o atendimento psicológico (SARQUIS, FELLI, 2008; BRANDÃO, 2002). Tendo em vista que o acidente envolvendo material biológico possivelmente contaminado gera ao trabalhador sentimentos de angústia, medo, frustração frente a possibilidade de contrair o HIV e de ter que enfrentar o preconceito, estigma, perante aos familiares, amigos, assim como dos próprios colegas de trabalho (BRANDÃO, 2002; CASTANHA, MACHADO, FIGUEIREDO, 2007). Fato que se pode observar, a partir das falas:

*Lembro que entrei no quarto do paciente para fazer um procedimento, quando vi o mesmo tentando se enforçar com o equipo do soro. Daí eu gritei e acho que com o susto o scalp acabou saindo com sangue e bateu na minha vista e picou minha mão. Fiquei muito chocada, na hora vem tudo na tua cabeça, porque eu era mãe solteira e como que ia contar para meus pais (TE2).*

*Como não trabalhava diretamente com sangue, nunca sofri acidente de trabalho, mas via que alguns funcionários ficavam bem abalados, angustiados, com medo de contrair o HIV e nestas horas o apoio emocional era tudo (AS1).*

*Era fundamental o suporte psicológico, porque o acidente envolvendo material possivelmente contaminado trazia muitas implicações na vida do funcionário. Porque era o funcionário que ia ter que chegar em casa e falar para a esposa ou marido, que não ia poder ter relação sexual. Tudo isso mexia com a cabeça da pessoa (E2).*

*O atendimento psicológico ao funcionário que se acidentava era primordial, porque alguns ficavam muitos abalados, com medo de pegar o HIV e de ter que lidar com a discriminação que era muito forte (P1).*

É notória, nos relatos, a presença e a importância do apoio psicológico no atendimento ao trabalhador submetido ao acidente de trabalho com exposição ao material biológico possivelmente contaminado, visto que o impacto da aids, torna-se diferente quando a

pessoa se vê diante da doença. Pois, o acidente não acarreta transtornos apenas à vida profissional do trabalhador, mas também a sua vida pessoal.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar as estratégias de biossegurança utilizadas pelos trabalhadores da saúde de um serviço de referência em doenças infecto contagiosas no cuidado às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 à 2006.

A busca pelo conhecimento sobre a aids e sua real forma de transmissão, o compartilhamento do mesmo entre as diferentes categorias profissionais, a mudança no processo de trabalho com a adoção das medidas de biossegurança, a destacar o uso dos EPIs, o manuseio correto dos materiais perfurocortantes, assim como a atenção, cautela dispensada durante os procedimentos envolvendo sangue e/ou fluidos corpóreos foram estratégias de biossegurança utilizadas pelos trabalhadores da saúde como sendo essenciais para evitar e/ou minimizar os riscos de acidentes de trabalho envolvendo material biológico.

Vale ressaltar ainda que nas situações em que exposições ocupacionais não puderam ser evitadas, condutas pós-exposição foram adotadas, incluindo avaliação imediata do acidente, quimioprofilaxia quando necessária, acompanhamento, monitoramento periódico do profissional acidentado e, sobretudo apoio psicológico. Estas também foram apontadas pelos trabalhadores da saúde, como importantes estratégias de biossegurança, pois apesar do acidente de trabalho já ter ocorrido, a mesma influenciou na minimização da possível transmissibilidade do vírus HIV.

Conclui-se ainda a importância do trabalhador da saúde, sobretudo da enfermagem, que no âmbito de seu trabalho, juntamente com o serviço de biossegurança, reconheceu os possíveis riscos os quais estavam expostos, a fim de evitá-los. E neste contexto foi de suma relevância o trabalho em equipe, o comprometimento de todos os envolvidos, assim como o reconhecimento destes à enfermagem, que foi uma categoria primordial à criação e implementação de estratégias de biossegurança à minimização dos acidentes de trabalho com exposição ao material biológico. E, por mais difícil que pareça, foi preciso e certo investir na segurança dos trabalhadores, através de ações educativas e preventivas que promoveram transformações culturais, que produziram maior simetria entre os trabalhadores, enalteceram o cuidado de si,

mediante a adoção das estratégias de biossegurança no atendimento às pessoas, independente do seu diagnóstico soropositivo para o HIV, com enfoque na saúde e qualidade de vida do trabalhador, no âmbito de sua atividade laboral.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.F.; BENATTI, M.C.C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 1, p. 120-126, 2007.

BAKKE, H.A.; ARAUJO, N.M.C. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. **Produção**, v. 20, n. 4, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BORENSTEIN MS. et al. Hospital Nereu Ramos de Florianópolis/SC: o poder das enfermeiras e as transformações a partir de seus saberes (1977 – 1986). In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. (Org.). **Enfermagem em Santa Catarina: recorte de uma história** (1900 - 2011). Florianópolis: Secco, 2011. p. 97-113.

\_\_\_\_\_. As fontes historiográficas em pauta: a História Oral e a pesquisa documental. In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. (Org.). **Enfermagem em Santa Catarina: Recorte de uma História** (1900 - 2011). Santa Catarina: Secco, 2011. p. 37-58.

BRANDÃO, J.P.S. **Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material Biológico: HIV e hepatites B e C**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível

<[http://www.unigranrio.br/biosseguranca/manuais/RECOMENDAxEs\\_PARA\\_ATENDIMENTO\\_E\\_ACOMPANHAMENTO\\_HIV\\_e\\_Hepatit es\\_B\\_e\\_C.pdf](http://www.unigranrio.br/biosseguranca/manuais/RECOMENDAxEs_PARA_ATENDIMENTO_E_ACOMPANHAMENTO_HIV_e_Hepatit es_B_e_C.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Conduta na exposição ao material biológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_expos\\_mat\\_biologicos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2011.

BREVIDELLI, M.M.; CIANCIARULLO, TI. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 6, p.780-786, 2002.

CASTANHA, A.R.; MACHADO, A.; FIGUEIREDO, M.A.C. Consequências biopsicossociais do acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado: perspectiva de pessoas do convívio íntimo do profissional da saúde. **Rev. SBPH**, v. 10, n. 1, p. 65-84, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). Department of Health and Human Services. Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. **Program Workbook Information about the workbook**, Atlanta, v. 54, n. 9, p. 1-17, 2005.

GALLAS, S.R.; FONTANA, R.T. Biossegurança e a equipe de enfermagem na unidade de cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 786-792, 2005.

GALON, T.; MARZIALE, M.H.P.; SOUZA, W.L. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 160-167, 2011.

GIR, E. et al. Alteração na prática profissional de enfermeiros de um hospital de ensino do interior paulista, em consequência ao surgimento do HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 37-54, 2000.



\_\_\_\_\_. O impacto da aids na prática de enfermagem: um problema de saúde pública. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 17, n. 1, p. 39-43, 2005.

GUBERT, E.; PRADO, M.L. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 285-295, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a15.htm>>. Acesso em: 08 jan. 2012.

GUEDES, J.A.D. **Memórias dos profissionais de enfermagem do Hospital Nereu Ramos em época de aids (1986 – 1996)**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

KOERICH, M.S. et al. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. **OBJN**, v. 5, n. 3, 2006.

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. São Paulo: UNICAMP, 2003.

LOUREIRO, L.A. et al. Adesão de profissionais de enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 303-308, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a10.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

MACHADO, R.R.; FLÔR, R.C.; GELBCKE, F.L. Educação permanente: uma estratégia para dar visibilidade aos riscos físicos e biológicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 2, n. 1, p. 30-40, 2009.

MAGAGNINI, M.A.M.; ROCHA, A.S.; AYRES, J.A. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 302-308, 2011.

MIRANDA, A.F.B. **História da AIDS em Santa Catarina: características de uma epidemia**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MIRANDA, F.M.D'A.; JUNIOR, A.V.S.; PETRELI, S. et al. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 1018-1022, 2011.

NAPOLEÃO, A.A. et al. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 119-120, 2000.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584, 2005.

PINHO, M.C.G. Trabalho em Equipe de Saúde: limites e possibilidade de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006.

SARQUIS, L.M.M. et al. A adesão ao protocolo de monitoramento biológico entre trabalhadores de saúde. **Cienc. Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 107-113, 2009.

SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A Recomendações em saúde aos trabalhadores expostos a fluidos biológicos. **REME - Rev. Min. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 331-88, 2008.

\_\_\_\_\_. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 701-4, 2009.

SILVA, A.I.D. et al. Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 124, p. 265-273, 2011.

SILVA, I.J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SPRICIGO, L.; MADUREIRA, V.S.F. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o risco ocupacional de infecção pelo HIV. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 2, n. 1, p. 57-65, 2003.

STRAPASSON, M.R.; MEDEIROS, C.R.G. Liderança transformacional na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 228-233, 2009.

VALIM, M.D.; MARZIALE, M.H.P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. esp., p. 138-146, 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.; PINHEIRO, R.D.C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 332-339, 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro-cortante. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 4, p. 804-810, 2008.

### **5.1.3 Artigo 3 - Surgimento da aids e os sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde face a epidemia ( 1986 – 2006)**

#### **SURGIMENTO DA AIDS E OS SENTIMENTOS RELATADOS PELOS TRABALHADORES DA SAUDE FACE A EPIDEMIA ( 1986 – 2006)**

#### **THE EMERGENCE OF AIDS AND FEELINGS REPORTED BY HEALTH WORKERS CONFRONTING THE EPIDEMIC DURING THE PERIOD 1986-2006**

#### **SURGIMIENTO DEL SIDA Y LOS SENTIMIENTOS RELATADOS POR LOS TRABAJADORES DE SALUD FRENTE A LA EPIDEMIA (1986 - 2006)**

Mariana Vieira Villarinho  
Maria Itayra Padilha

**Resumo:** Pesquisa sócio-histórica, com abordagem qualitativa, que tem por objetivo compreender os sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente ao surgimento da aids, em um Hospital de Referência em doenças infecto contagiosas, no período de 1986 a 2006. Utilizou-se

a História Oral como método-fonte para a coleta de dados com 23 trabalhadores da saúde, entre, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, psicóloga, dentista, assistente social e nutricionista, os quais participaram e vivenciaram o cuidado às pessoas com HIV/aids, no período do estudo. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada, mediante o Parecer nº 920/10 e os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a coleta dos dados, partiu-se para Análise de Conteúdo de Bardin, dos quais emergiram estas categorias: - Atitudes e/ou sentimentos dos trabalhadores da saúde acerca da epidemia da aids; - Percepção dos trabalhadores da saúde quanto aos sentimentos e atitudes dos pacientes frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV e de seus familiares; e - Atitudes e/ou sentimentos da população frente ao surgimento da aids. Enfim, a aids não foi um assunto simples, principalmente no seu surgimento, por acometer preponderantemente os grupos considerado de risco, os quais foram fortemente estigmatizados por seus comportamentos, até então não aceitos pela sociedade. Assim, não foi de se estranhar que alguns dos sentimentos como discriminação, estigma, rejeição, vergonha, morte marcaram a história da epidemia da aids; pois, mais que morte física, a aids trouxe consigo sentimentos de morte social.

**Descritores:** Preconceito; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Profissionais da Saúde; Enfermagem; História da Saúde.

**Abstract:** A socio-historical research with a qualitative approach, aimed at understanding the feelings reported by health workers against the onset of AIDS in an infectious-diseases Reference Hospital in the state of Santa Catarina, in the period 1986-2006. We used the method of oral history as a source-method for data collection with 23 health workers, including nurses, nursing technicians and assistants, doctors, psychologists, dentists, social workers and nutritionists, who participated and had experience in the care for people with HIV/AIDS during the study period. As established by Resolution No. 196/96 (CNS), the study was submitted to the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Santa Catarina and was approved by the opinion No. 920/10. Subjects who agreed to participate in the study signed an informed consent. After data collection, an analysis was done using the content analysis of Bardin, which emerged these categories: attitudes and/or feelings of health workers on the AIDS epidemic; perception of the health workers related to the feelings and

attitudes against the patient's own seropositive diagnosis for HIV and their families; and the attitudes and/or feelings by the population due to the onset of AIDS. AIDS is not a simple matter, especially at the beginning of its emergence which affected mainly those considered as high-risk groups, which were heavily stigmatized by their behavior and even then it was not accepted by society. Therefore, it is not surprising that some of the feelings of discrimination, stigma, rejection, shame, and death marked the history of the AIDS epidemic. Beyond just physical death, AIDS has also caused feelings of social death.

**Descriptors:** Prejudice, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Health Professions, Nursing, and Health History

**Resumen:** Investigación histórico-social con enfoque cualitativo, cuyo objetivo es comprender los sentimientos relatados por los trabajadores de salud frente a la aparición del SIDA, en un hospital de referencia en el estado de Santa Catarina, en el período de 1986 a 2006. Se utilizó el método de historia oral como método-fuente para la recopilación de datos con 23 trabajadores de la salud, entre ellos, enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería, médicos, psicóloga, dentista, trabajador social y nutricionista, que participaron y vivenciaron el cuidado de personas con VIH/SIDA durante el período de estudio. Según lo establecido por la Resolución N° 196/96 (CNS), el estudio se presentó al Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad Federal de Santa Catarina y fue aprobada mediante el parecer N° 920/10 y los sujetos que aceptaron participar del estudio firmaron un consentimiento informado. Después de la recolección de los datos, se procedió al análisis mediante el análisis de contenido de Bardin, del cual surgieron estas categorías: Las actitudes y/o sentimientos de los trabajadores de salud sobre la epidemia del SIDA, percepción de los trabajadores de la salud con respecto a los sentimientos del paciente frente al diagnóstico seropositivo para VIH y de sus familiares y las Actitudes y/o sentimientos de la población debido a la aparición del SIDA. El SIDA no es una asunto sencillo, sobre todo al principio de su aparición, ya que afectó principalmente los considerados grupos de alto riesgo, que fueron fuertemente estigmatizados por su comportamiento y hasta entonces no es aceptado por la sociedad. Por lo tanto, no es sorprendente que algunos de los sentimientos de discriminación, el estigma, el rechazo, la vergüenza, la muerte han marcado la historia de la epidemia de SIDA, más allá que la muerte física, el SIDA ha provocado sentimientos de muerte social.

**Descriptor:** Prejuicios, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

(SIDA), Profesionales de la Salud, Enfermería, História de Salud

## INTRODUÇÃO

O advento da aids em Santa Catarina foi marcado por rejeição, medo, dado ao fato de ser uma doença nova, devastadora, a qual não se conhecia a sua real forma de transmissão. Consequentemente a percepção da sociedade, inclusive dos trabalhadores da saúde, como dos próprios pacientes e de seus familiares com relação a doença foi de discriminação, preconceito e estigma (MIRANDA, 2003). A aids se transformou em notícia, quase que cotidiana, na mídia sensacionalista e algumas dessas matérias semearam pânico na população e cristalizaram imagens moralistas e discriminatórias. Tais notícias foram os primeiros contatos que a sociedade teve com a aids e dessa forma contribuíram para reforçar a imagem da pessoa com HIV/aids, a partir da morte, do preconceito, associado aos grupos dos homossexuais, Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) (NATIVIDADE, CAMARGO, 2011; PEREIRA, NICHIA, 2011; BARATA, 2005).

Neste contexto é possível ratificar que os meios de comunicação, de certa forma, tiveram um papel determinante na discriminação das pessoas com a doença. De acordo com Darde (2004) a disseminação da doença foi intensamente acompanhada pela mídia, que se caracterizou como veículo decisivo na difusão de informações. Se por um lado, divulgou os esforços da comunidade científica em informar mais sobre a doença, por outro, trouxe também muitas consequências desfavoráveis para a compreensão da aids, uma vez que, reforçava no imaginário coletivo, a concepção da doença como consequência de condutas socialmente reprováveis. Não é a toa que a aids no início da epidemia foi denominada como a doença dos 4 Hs – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos e Heroínômanos (usuários de heroína injetável), o que demonstra a capacidade estigmatizante e o preconceito gerado em torno desses grupos de pessoas pela sociedade (MENEHIN, 1996).

Assim abordar a aids não foi um tema simples, pois tal doença desde seu surgimento, como ainda hoje, porém em grau menor, sempre foi uma moléstia carregada de tabus, medos, preconceitos, dado ao fato de na época acometer os grupos considerado de risco, os quais foram fortemente estigmatizados por seus comportamentos, até então não aceitos pela sociedade. Assim, não foi de se estranhar que alguns dos sentimentos como discriminação, estigma, rejeição, vergonha, morte marcaram a história da epidemia da aids; pois, mais que morte física, a aids trouxe consigo sentimentos de morte social (NATIVIDADE,

CAMARGO, 2011; MONTEIRO, VILLELA, KNAUTH, 2012).

Logo, estudar, resgatar o passado, as memórias dos trabalhadores da saúde, para melhor compreender seus modos de cuidar, seus sentimentos frente ao surgimento da aids, nos remete a levarmos em consideração seus condicionamentos culturais, morais, sociais e de refleti-los criticamente, a fim de evitar atitudes de discriminação, preconceito, estabelecendo assim uma relação ética.

Diante do contexto e ponderando acerca da temática exposta, decidiu-se realizar este estudo que tem por **objetivo**:

- Compreender os sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente ao surgimento da aids, em um Hospital de Referência em doenças infecto contagiosas, no período de 1986 a 2006.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa sócio histórica com abordagem qualitativa, que fez uso da História Oral (HO) como método-fonte para coleta de dados. Este tipo de pesquisa consiste na coleta sistemática de dados que se encontram relacionados com ocorrências passadas, e tem por objetivo lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2011, através de entrevistas semi-estruturadas com 23 (vinte e três) trabalhadores da saúde que participaram, vivenciaram, direta ou indiretamente, do cuidado às pessoas com HIV/aids, internadas no Hospital Nereu Ramos (HNR), no período de 1986 à 2006. Dentre eles quatro médicos, oito enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga.

De acordo com Le Goff (2003) as lembranças encontram-se guardadas em suas memórias e, quando recuperadas, permitem-nos compreender o passado à luz da perspectiva pessoal de cada ser humano, e não apenas, sob o olhar do contexto social, político, econômico e cultural do período de tempo a que se referem.

Considerando que as primeiras internações de pessoas com HIV/aids no HNR ocorreram em 1985, prevemos que muitos dos trabalhadores da saúde estivessem disponíveis para participarem do estudo e partilharem de suas memórias e lembranças. Tendo em vista que os critérios de inclusão envolveram: trabalhadores da saúde que atuaram no cuidado aos pacientes com HIV/aids, no período de estudo;

que possuíam boa memória sobre o desenvolvimento das suas práticas laborais, no cuidado às pessoas com HIV/aids; e que possuíam disponibilidade e interesse em participar.

Todas as entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade do entrevistado, respeitando local, data e hora por eles sugeridas. Os sujeitos foram selecionados a partir de uma solicitação feita ao Setor de Recursos Humanos do HNR, e por recomendação dos próprios trabalhadores já entrevistados.

No que se refere ao processo de análise dos dados coletados, optamos pela Análise de Bardin (2004), a qual a transcrição e organização dos dados constituíram a ordenação e a classificação dos relatos que ocorreu a partir de exaustivas leituras e re-leituras, de modo a agrupar/compilar provisoriamente os possíveis enunciados. Nesse percurso, procurou-se identificar estruturas de relevância e realizar o re-agrupamento por temas, na qual emergiram as categorias: - **Atitudes/sentimentos dos trabalhadores da saúde acerca da epidemia da aids;** - **Percepção dos trabalhadores da saúde quanto aos sentimentos e atitudes dos pacientes frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV e de seus familiares;** e - **Atitudes/sentimentos da população frente ao surgimento da aids no HNR.** Tais categorias trazem a tona, os diferentes sentimentos, atitudes dos trabalhadores da saúde e da população frente ao surgimento da aids no HNR, assim como a percepção dos trabalhadores da saúde, quanto aos sentimentos dos pacientes frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV e de seus familiares.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada, mediante o Parecer nº920/10. E os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

## **RESULTADOS**

### **Atitudes/sentimentos dos trabalhadores da saúde acerca da epidemia da aids**

Nesta categoria algumas questões como a falta de conhecimento sobre a real forma de transmissão do HIV e o fato da doença ter surgido de forma devastadora às pessoas por ela acometidas, como uma conotação de doença mortal, repercutiu no exacerbamento de alguns dos sentimentos como angústia, medo, receio, rejeição e até mesmo



discriminação por grande parte da população, incluso neste cenário, os próprios profissionais da saúde, diante do desconhecido. Pois, apesar da transmissão do HIV, no início de seu surgimento estar associada aos considerados grupos de riscos, a mesma foi percebida por alguns dos trabalhadores da saúde como potencial risco de infecção, tendo em vista a exposição direta ao sangue entre outros fluidos corpóreos na prestação do cuidado aos pacientes com HIV/aids. Fato que se observa, a partir das seguintes falas:

*O primeiro paciente, eu atendi com muito receio, o procedimento até era simples, mas o negócio era o medo da aids. Daí levei luva para casa e disse para minha mulher: “- Põe esta luva, me tira a roupa, põe na kiboa, pelo amor de Deus, não chega nem perto de mim, que eu vou para o banho e quero álcool” (D1).*

*Lembro que teve muito funcionário que saiu, pediu a transferência para não ter que trabalhar com aids. É, na época eram muitos pacientes e poucos funcionários e com muito custo, vinha algum funcionário da outra unidade, mas ninguém ajudava com vontade, se tinha muito medo, receio, discriminação porque tudo era novo e muita gente estava morrendo pela doença (TE2).*

*Alguns médicos no início da aids faziam o procedimento forçado, porque tinham que fazer, porque se pudessem escolher passariam pra outro. O medo por ser uma doença nova gerava receio, discriminação por alguns que chegavam a se paramentar todo, pra nem entrar no quarto do paciente, iam só até a porta e diziam: “- Fulano, você está bem? Está jóia, tchau (TE4).*

*Tinha funcionários que não gostavam de trabalhar com a aids, diziam que era uma doença que ia colocá-los em risco, por ser uma doença desconhecida e que levou a morte muitos pacientes. O medo era tanto que teve funcionário que pediu demissão (E2).*

É notável que a falta de conhecimento com relação a real forma

de transmissão do HIV, gerou no início da epidemia, muito medo, preocupação pelos trabalhadores da saúde, assim como rejeição, discriminação aos pacientes com HIV/aids. Sentimentos estes que influenciaram negativamente nas práticas de cuidado, tendo em vista a recusa de atendimento por alguns funcionários as pessoas com HIV/aids, os quais pediam demissão, transferência, faltavam ao serviço. Frente a tal situação vivenciada na época, fez-se necessário a busca incessante pelo conhecimento acerca da aids, a fim de instrumentalizar, capacitar os funcionários, principalmente os da enfermagem, para uma assistência segura, ética e de qualidade.

Segundo Vieira, Padilha e Pinheiro (2011) o novo, o desconhecido como no surgimento da aids proporciona medo, receio, insegurança pelos trabalhadores da saúde, no âmbito do cuidado prestado às pessoas com HIV/aids. Concordamos com as autoras de que a falta de conhecimento sobre a aids e principalmente a real forma de transmissão do vírus, acabou por deixar o trabalhador da saúde mais susceptível aos riscos envolvendo exposição ao material biológico possivelmente contaminado. Neste sentido, a busca pelo conhecimento, assim como a integração, o trabalho conjunto entre as diferentes categorias profissionais foram essenciais não só à garantia de uma maior segurança aos trabalhadores, no decorrer de sua atividade laboral, mas também a prestação de um cuidado livre de discriminação e preconceitos.

### **Percepção dos trabalhadores da saúde quanto aos sentimentos e atitudes dos pacientes frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV e de seus familiares**

Primeiramente cabe ressaltar que a presente categoria aborda algumas manifestações de sentimentos oriundos do próprio paciente frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV, do ponto de vista dos trabalhadores da saúde, a destacar estigma, discriminação, revolta, sentimento de morte iminente, assim como sentimentos de rejeição, discriminação, vergonha por parte dos familiares dos pacientes com HIV/aids internados no HNR.

Desde seu surgimento, a epidemia da aids por ser uma doença inicialmente vinculada ao homossexualismo e a promiscuidade, vem sendo acompanhada por situações de discriminação, constituindo um dos aspectos desafiantes às pessoas com a doença a vivenciarem diferentes processos de enfrentamento diante do diagnóstico (MALISKA et al., 2009; CARVALHO, PAES, 2011). E neste emaranhado, os quais envolveu fortemente as questões sociais, no

presente estudo, os trabalhadores da saúde por estarem envolvidos diretamente na prestação do cuidado junto aos pacientes com HIV/aids puderam vivenciar sentimentos como revolta, isolamento, angústia, medo por parte dos próprios pacientes em revelar sua situação sorológica à família.

Segundo Vieira e Padilha (2007) a omissão do diagnóstico é estendida muitas vezes as próprias famílias pelo receio de como os familiares irão reagir e encarar a nova situação, como também pelo medo da rejeição e discriminação dos parentes. Ainda nesta linha de pensamento é marcante na vida das pessoas com HIV/aids a necessidade constante de ocultar o diagnóstico da infecção à sociedade, sendo, portanto, múltiplas as causas associadas a essa atitude, como: medo, vergonha, receio de serem estigmatizadas e vítimas dos preconceitos atribuídos à doença. Fato que se confirma no presente estudo através dos depoimentos:

*Os pacientes mesmos se discriminavam, tinham receio, medo de serem discriminados. Dai mentiam, trocavam o nome, é teve casos assim, de filho de gente influente na cidade que deu o nome de outra pessoa só para não serem vitimizados (AE1).*

*Na época a estigmatização, o medo do resultado positivo e de ter que enfrentar a família era tanto que bem no início, nos primeiros casos, teve um jovem que se internou, colheu os exames e acabou cometendo suicídio. Ele nem esperou pelo resultado do exame e o dele deu negativo. Então, isso me marcou bastante (E1).*

*Infelizmente os próprios pacientes tinham preconceito, ou melhor medo de serem discriminados. Pra tu veres, tinha paciente que por medo, vergonha, sei lá, pedia para eu pegar a medicação só para não serem visto por algum familiar, conhecido pegando os remédios para aids (TE4).*

*Envolvíamos muito com os pacientes, eles perguntavam: “- Como é que eu vou contar para a minha família que tenho isso? E no trabalho?” É, na época, a aids no trabalho era um problema, se alguém descobrisse que eles tinham HIV*

*seriam demitidos. E o paciente ter que revelar o diagnóstico para família também era complicado, porque além da aids tinha toda uma história atrás, de drogas, prostituição, homossexualismo... (E2).*

*Era muito complicado ver aqueles pacientes, lembro que tinha uns que ficavam revoltados, indignados, não aceitavam estar com a doença. Mas o triste mesmo, era ver o rosto amedrontados de alguns pela espera da morte, sabiam que iam morrer e se isolavam (AE3).*

*Quando eu comecei a trabalhar já tinha a ala 5, então todo mundo que internava nesta ala é porque tinha aids. E muitos pacientes com aids não queriam internar de jeito nenhum, porque se eles internassem na ala 5 a família inteira ia saber que eles tinham aids (M3).*

Os relatos revelam diferentes formas de enfrentamentos relacionados à fragilidade da descoberta do diagnóstico, à necessidade de ocultar a infecção decorrente da discriminação e preconceito que vivenciaram, a constante percepção da morte; além de emitirem sentimentos, como vergonha, preocupação com a família, abandono, solidão, tristeza, medo da morte, ansiedade.

Segundo Carvalho e Galvão (2008) o diagnóstico da aids representa um evento catastrófico, por estar associado a uma evolução clínica de rápida deterioração, além de não se dispor de qualquer tratamento curativo e de apresentar um prognóstico extremamente ruim. Neste sentido, dúvidas a respeito do processo de adoecimento surgem, do quão doloroso e inevitável poderá ser o progresso da doença, fazendo-o conviver permanentemente com a certeza de morte breve.

A relação entre a doença e a morte parece inevitável, trazendo aspectos relacionados com a vida íntima e com profundas repercussões em sua vida social. A vida é colocada em questionamento para a grande maioria das pessoas, cujo diagnóstico do HIV deu positivo, assim passam a rever suas histórias, seus planos e reavaliar aquilo que consideram essencial (VIEIRA, PADILHA, SANTOS, 2009; GOMES et al., 2012).

No presente estudo, os trabalhadores da saúde ressaltaram que o

sentimento de morte iminente, pode ser observado por alguns dos pacientes que sabiam ser portadores de uma doença até então letal, a qual gerou uma diversidade de sentimentos angustiantes, como medo, ansiedade e depressão. E ainda associados a todos esses sentimentos, vivenciaram todo o estigma, preconceito, isolamento e muitas vezes o abandono.

Maliska et al. (2009) colocam que o diagnóstico do HIV por acarretar trauma de natureza física, emocional e social é considerado um choque. Corroboramos com os autores e complementamos que a pessoa diante da descoberta da aids, experimenta sentimentos de incerteza e insegurança, conduzindo a viver momentos de crise. E a forma como cada pessoa vai reagir às mudanças geradas decorrente da doença vai depender de diversos fatores, dentre eles, o de sua personalidade e de seu contexto sócio-familiar.

No que se refere ao contexto sócio-familiar, Vieira e Padilha (2007) enfatizam a importância da família como alicerce, apoio no enfrentamento do diagnóstico de uma doença tão estigmatizada como no caso da aids. No entanto, de acordo com os relatos dos trabalhadores da saúde, não foi isso que os mesmos vivenciaram no início do surgimento da aids no HNR e sim sentimentos de discriminação, preconceito, vergonha por alguns familiares, sobretudo pelos pais com relação a situação sorológica do seu filho. Fato que se observa nas seguintes falas:

*Quando a família do paciente descobria que o motivo da aids era o homossexualismo ficava mais envergonhada ainda. Era complicadíssimo, além da aids, naquela época, ser homossexual era pecado, a família discriminava (M1).*

*Olha, era muito triste ver o paciente ali deprimido, isolado, discriminado pela própria família. Muitos dos pacientes eram largados e culpados por ter a doença, por serem homossexuais, usuários de drogas (TE2).*

*Teve família que internou seu familiar aqui e que trancava o quarto, e daí só entrava pessoas autorizadas para fazer a medicação, o banho. A família não queria que seu familiar fosse visto, porque mais que a aids era ter a fama de homossexual (TE4).*

*Algumas mães não queriam que outras pessoas da família soubesse que seu filho estava com aids.*

*Tinham medo da discriminação dos outros com seu filho, era uma certa forma de proteger (E4).*

É notável, nos relatos dos trabalhadores da saúde, o quanto marcante foi a estigmatização, discriminação, vergonha, isolamento por algumas famílias, frente ao conhecimento do diagnóstico HIV positivo de seu parente, assim como a culpabilidade no familiar com a doença. Tais sentimentos, atitudes decorre do HIV/aids ter sido construído diante do conceito de perversidade e de misérias humanas, como as questões do homossexualismo masculino, promiscuidade feminina e uso de drogas injetáveis.

De acordo com Monteiro, Villela e Knauth (2012) a infecção pelo HIV por constituir à sociedade um significado carregado de sentidos morais, foi suficiente para conduzir aos acometidos pela doença uma sensação de culpa e vitimização, pois transmitia-se a idéia de que a aids era uma espécie de castigo divino contra pessoas cujo comportamento sexual não condizia com dogmas religiosos.

Ainda neste contexto, a aids por sua associação inicial com comportamentos socialmente desviantes e, por isso mesmo, sujeitos à condenação da sociedade, a contaminação pelo vírus trouxe um problema adicional, não só às pessoas soropositivo para o HIV, mas também aos seus familiares, o de tornar pública a condição de ter um membro da família infectado. Já que um dos dilemas vivido por algumas das famílias foi a revelação do diagnóstico do seu parente, sobretudo das mães em relação a soropositividade para o HIV de seu filho, as quais foram levadas a ocultar o diagnóstico dos mesmos, devido ao medo de serem estigmatizados, rejeitados, vítimas do preconceito das pessoas (VIEIRA, PADILHA, 2007; MALISKA et al., 2009; CARVALHO, GALVÃO 2008). Corroboramos com os autores de que as famílias por medo do julgamento e da exclusão social preferiram que a sociedade não tomasse conhecimento do diagnóstico do seu familiar, como forma de proteção, caso contrário, iriam olhá-los diferente e tratá-los com indiferença.

### **Atitudes e/ou sentimentos da população frente ao surgimento da aids**

Nesta categoria os relatos abordam os sentimentos de discriminação, preconceito, medo da sociedade, incluso neste contexto dos demais hospitais, instituições de saúde às pessoas com HIV/aids, assim como ao próprio HNR e seus funcionários.

No que se refere aos **sentimentos de discriminação, rejeição, medo às pessoas com HIV/aids** estes estiveram bastante presente desde o surgimento da doença, vinculado a influência negativa da mídia, a qual divulgava a concepção da doença como consequência de condutas socialmente reprováveis. Desta forma, o preconceito e a intolerância estamparam-se nos discursos e o termo “aidético” veio a tona, considerando a pessoa com HIV/aids um inimigo condenado à morte física, sem utilidade para o desenvolvimento social, enfim retirado dele o direito de ser cidadão (DARDE, 2004).

Tal fato, decorreu do surgimento da aids estar associado diretamente ao homossexualismo e aos usuários de drogas injetáveis, os quais foram enquadrados em estigmatizados grupos de risco. Pois, até então o percurso dessa doença causava certo estranhamento. Primeiro, afirmaram que só afetava homossexuais masculinos, logo depois, surgiu a história dos macacos africanos que teriam transmitido o vírus aos humanos. Em seguida, usuários de drogas começaram a ser infectados (ARNEY, FERNANDES, GREEN, 2003; NASCIMENTO, 2005). É possível observar até então, que apenas grupos considerados marginais, desviantes da sociedade haviam sido atingidos, o que sedimentava o estigma do grupo de risco pela sociedade.

*As pessoas se pudessem elas se jogavam em uma armadura de ferro ao passar por um aidético, era assim que as pessoas chamavam o paciente com a doença (D1).*

*No início do surgimento da aids no hospital, os pacientes com a doença foram muito estigmatizados pela sociedade, alimentado pela mídia preconceituosa. A culpa era colocada nas pessoas com aids, tipo assim: “- Ele tem aids porque ele fez isso e isso e aquilo de errado” (AE2).*

*Muito preconceito no início, mas acho até que o maior preconceito não foi tanto da doença, mas sim do estilo de vida, da opção sexual da pessoa. Porque a questão do homossexualismo era muito recriminada, a sociedade culpava os homossexuais, alegando serem os culpados por estarem com a doença, de que foi uma escolha deles (M2).*

*A mídia na época era um horror e fez um papel*

*muito complicado à discriminação. O estigma da população era tanto, que as pessoas segregavam, jogavam, largavam o paciente no hospital, não queriam que ficassem na comunidade. Então, eu e as duas assistentes sociais, na época, trabalhávamos em conjunto, tivemos que manejar isso tudo (P1).*

*Os outros hospitais ligavam para dizer: “Estou mandando um paciente” e enquanto estávamos recebendo a informação, o paciente já estava na porta do hospital. Deparávamos com coisas absurdas, os pacientes do interior eram colocados na porta do hospital e a ambulância ia embora (E3).*

*A discriminação era muito grande por parte da população e até dos outros serviços de saúde. Lembro de uma pessoa famosa na época, que entrou bem, quer dizer bem entre aspas, porque o pessoal de outro hospital quando descobriu que o paciente tinha aids largaram na frente do Nereu. (...)Puxa, era uma dificuldade, até para levar o paciente para fazer uma ultrasson fora, porque as clínicas diziam que não havia vaga (E6).*

É visível nos relatos dos trabalhadores da saúde, o quanto a sociedade e neste contexto os próprios serviços, instituições de saúde por influência da mídia, estigmatizaram, discriminaram as pessoas acometidas pela doença. Tal conduta decorreu das primeiras veiculações na imprensa, as quais associavam a aids a um “câncer gay” ou mal do século (FAUSTO NETO, 1999; DARDE, 2004). Início este marcado pelo processo de descoberta da doença, que aliada à ausência de informações a respeito das formas de contágio, induziu indubitavelmente, como infelizmente ainda induz a pessoa soropositivo para o HIV a um degradante ciclo discriminatório.

Sem dúvida, a imagem preconceituosa da sociedade às pessoas com aids, associada aos grupos dos homossexuais, Usuários de Drogas Injetáveis foi reforçada pela mídia, que com seu poder, noticiava reportagens sensacionalista, distorcia e estigmatizava a aids como uma doença que não tinha cura, que levava à morte e era restrita a “grupos de riscos”, disseminando desta forma na população pânico, rejeição,



estigmatização. Tal situação não foi diferente em Florianópolis, município o qual se localiza o HNR, contexto deste estudo, tendo em vista que a população reagiu fortemente ao episódio denominado “Gangue da aids”. Evento este relatado por algum dos sujeitos entrevistados, que gerou pânico e apresentou-se à cidade como um perigo a sua normalidade, principalmente aos moradores do Edifício Helsinque, localizado no bairro Trindade na capital, que fizeram parte deste episódio (AMORIM, 2009).

*Teve na época, um caso muito conhecido que gerou muita discriminação, preconceito e que a população caiu em cima. Foi de um grupo de jovens que compartilhavam agulhas contaminadas com sangue, em festas no condomínio em que moravam, era no bairro Trindade. Este caso ficou muito conhecido pela mídia, lembro que chamavam de “gangue da aids”, saiu até nos jornais. E os pais dos jovens, que moravam nas proximidades, por influência negativa da mídia diziam que aqueles depravados tinham que sair do condomínio. E, quando a mídia descobriu que essas pessoas vinham colher sangue aqui, vieram jornalistas do Brasil inteiro, foi uma loucura (TE4).*

A “Gangue da aids” foi um fato noticiado nos jornais de Florianópolis em outubro de 1987, que desencadeou entre a população uma onda de perseguição, medo e preconceito aos jovens acusados de participarem do grupo. Estes jovens passaram a ficar na mira da polícia, já que eram considerados suspeitos de estarem disseminando o HIV de forma intencional. Ainda com relação a este acontecimento, o escândalo foi tamanho, que as autoridades de saúde pública, no município e estado, foram procuradas para se manifestarem sobre o caso, lançando a discussão sobre a necessidade de se criar mecanismos para o controle da epidemia (DELFINO, 1987). Tal evento também chamou a atenção para o tráfico de drogas na cidade, que na época pensava-se ser um problema mais voltado as grandes cidades e metrópoles.

Marcado pelo fim da ditadura, o poder da mídia, já na época foi gritante, que nos jornais da capital, capas e matérias especiais, noticiavam a população toda a trama acerca da aids. Aproveitaram a onda de informações que uma das moradoras do edifício revelava e passaram a realizar reportagens sensacionalistas, a qual mostrava a

imagem de que aqueles jovens estavam mesmo comprometidos em transmitir o HIV (AMORIM, 2009). Nota-se que tal representação alimentada pela mídia, acabou por orientar práticas sociais de discriminação da população e das autoridades públicas, ao ponto de desencadear um inquérito policial e deixar na memória a idéia de que o bairro Trindade foi foco de transmissão da aids.

Não bastasse o poder da mídia à maciça discriminação da população às pessoas com HIV/aids, no início da epidemia, há de se ressaltar também que tais canais de comunicação contribuíram pelos **sentimentos de discriminação, estigma, preconceito da população ao HNR e aos funcionários, sobretudo aos da saúde** que trabalhavam na instituição. Conforme demonstra as falas:

*O Nereu já era discriminado pela população por atender os pacientes com tuberculose. E com a aids o hospital passou a ser mais marginalizado, estigmatizado pela população. E tudo isso se deu por muita influência negativa da mídia que ficava direto em cima do hospital, alimentando o medo (M1).*

*Via que o preconceito da sociedade era com o Nereu e também com a gente por trabalhar lá. Já existia até bem antes da aids, estigma, discriminação pela tuberculose. A gente tinha um ônibus do bairro que subia até o Nereu, mas antes o ônibus passava na comunidade atrás do hospital e daí ninguém sentava no nosso lado (AE1).*

*O hospital, antes mesmo da aids, já era mal visto pela sociedade, tinha a imagem de ser um hospital de pobre, esquecido, discriminado por cuidar de pacientes com doença infecto contagiosas. E com a aids isso veio mais a tona, gerou à população um certo pânico do lugar, não só dos pacientes, mas também de nós que trabalhávamos lá (TE3).*

*Na minha família, o meu pai já não queria que eu fosse enfermeira, aí quando eu fui trabalhar no HNR ele dizia: “mas tu estudastes tanto para trabalhar com tuberculose?” A minha sogra também, tinha medo que eu fosse levar tuberculose para casa. A questão da*

*discriminação era muito forte, inclusive pelos nossos familiares. Mas, isso para mim nunca foi um fator impeditivo (E2).*

*O HNR, no início, foi um misto de curiosidade e sensacionalismo, porque a aids era uma coisa que mexia com a sexualidade das pessoas, com a droga, com tudo isso. Então os jornalistas, ficavam lá esperando para ter notícia, para ver quem entrava e saía do hospital, isso gerou muita confusão (E3).*

Nota-se nos relatos dos sujeitos o quanto o HNR, assim como os trabalhadores da saúde que executavam suas práticas laborais na instituição foram estigmatizados pela população, por sua vez fomentada pela mídia, a qual veiculava na imprensa escrita e falada informações distorcidas que contribuíram claramente para a constituição do preconceito e discriminação do HNR, por ser este uma referência no atendimento as pessoas com HIV/aids. Segundo Darde (2004) tais notícias tinham por objetivo divulgar um fato novo e desconhecido, de forma, sensacionalista e pouco precisa, sem a preocupação de difundir informações de cunho educativo.

Inicialmente, antes mesmo do surgimento da aids, o Nereu Ramos, por ser considerado referência na assistência às doenças infecto contagiosas em SC, já era considerado um hospital de exclusão, rejeitado pela sociedade e esquecido pelo governo (BORENSTEIN; RIBEIRO; PADILHA, 2004). Porém, com o advento da aids e por ser referência, este passou a receber, a partir das políticas públicas voltadas a melhoria da assistência das pessoas com HIV/aids, incentivos e financiamentos para sua estruturação (MIRANDA, 2003).

Neste contexto Souza et al. (2010) ressaltam que tais avanços, estudos, políticas públicas em torno da aids, assim como a divulgação de seus resultados pelos meios científicos, proporcionou à mídia o interesse de produzir notícias acerca da aids com maior responsabilidade.

Por fim é possível ratificarmos que a aids surpreendeu e estabeleceu novos valores, atitudes de respeito, reconhecimento da sociedade, não apenas com relação aos indivíduos acometidos pela doença, mas também perante ao HNR, assim como aos profissionais que trabalhavam na instituição.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer os diferentes sentimentos, atitudes dos trabalhadores da saúde frente ao surgimento da aids no HNR, decorrente a falta de conhecimento sobre a real forma de transmissão do HIV e o fato da doença ter surgido de forma devastadora às pessoas por ela acometida. Neste contexto foi possível conhecer ainda, do ponto de vista dos trabalhadores da saúde, alguns dos sentimentos oriundos do próprio paciente frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV, a destacar estigma, discriminação, abandono, tristeza, revolta, sentimento de morte iminente, assim como sentimentos de rejeição, discriminação, vergonha por parte dos familiares dos pacientes com HIV/aids internados no HNR. Pois, a aids por sua associação inicial com comportamentos socialmente rejeitados e, por isso mesmo, sujeitos à condenação da sociedade, a transmissão do vírus trouxe um problema adicional, não só às pessoas soropositivo para o HIV, mas também aos seus familiares, o de tornar pública a condição de ter um membro da família infectado.

Compreender o enfrentamento das questões relacionadas a aids foi complexo, pois ela carregou consigo o estereótipo de uma doença vergonhosa, fortemente associada a conotações como desvalorização moral e social. Neste sentido, diferentes sentimentos de discriminação, preconceito, medo da sociedade, dos demais hospitais, instituições de saúde as pessoas com HIV/aids, assim como ao próprio HNR e seus funcionários foram apresentados neste estudo.

E neste cenário, a mídia sensacionalista ao noticiar matérias sobre a aids de cunho moralista e discriminatório foi a grande responsável por semear pânico na população. Tendo em vista, que tais notícias foram os primeiros contatos que a sociedade teve com a aids e dessa forma contribuíram para reforçar a imagem do doente a partir da morte, do preconceito, associado aos grupos dos homossexuais, usuários de drogas injetáveis.

Enfim, desde o surgimento da aids, muitos foram os sentimentos negativos as pessoas com a doença, por parte dos trabalhadores da saúde, pelos próprios pacientes e seus familiares, bem como pela população. Apesar de tais sentimentos, infelizmente, ainda existirem é possível ratificarmos, com base no estudo, que muitos foram os enfrentamentos à desmistificação da marca estigmatizante da aids, na vida das pessoas. De que a pessoa com HIV necessita de um olhar diferenciado, mas não desigual, pois continua sendo a mesma, com a diferença de que, circunstancialmente entrou em contato com um vírus

do HIV.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, G.R. **Outsiders do bairro Trindade**: “pacto da morte” ou “ganguê da Aids?” Para além da construção de um episódio (Florianópolis, 1987). Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

ARNEY, L.; FERNANDES, M.; GREEN, J.N.. Significados sociais da homossexualidade masculina na era Aids. **Cad. Arquivo Edgard Leuenroth**, v. 10, n. 18/19, 2003.

BARATA, G.F. **A primeira década da AIDS no Brasil**: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992). 2005. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BORENSTEIN, M.S. et al. As fontes historiográficas em pauta: a História Oral e a pesquisa documental. In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. (Org.). **Enfermagem em Santa Catarina**: Recorte de uma História (1900 - 2011). Santa Catarina: Secco, 2011. p. 37-58.

BORENSTEIN, M.S.; RIBEIRO, A.A. de A.; PADILHA, M.I.C.S. Hospital Nereu Ramos: as condições de trabalho do pessoal de enfermagem (1943-1960). In: BORENSTEIN, M.S.(org.). **Hospitais da Grande Florianópolis**: fragmentos de memórias coletivas (1940- 1960). Florianópolis: Assembléia Legislativa de Santa Catarina, 2004. p. 49-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

CARVALHO, C.M.L.; GALVÃO, M.T.G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2008.

CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2,

p . 157-163, 2011.

DARDE, V.W.S. A AIDS na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania. **Em Questão**, v. 10, n. 2, p. 247-259, 2004.

DELFINO, R. Cidade amendontrada com a aids. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 25 de outubro 1987, p. 21.

FAUSTO NETO, A. **Comunicação & Mídia Impressa**: estudo sobre a AIDS. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

GOMES, A.M.T.et al. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 111-120, 2012.

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. São Paulo: UNICAMP, 2003.

MALISKA, I.C.A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 85-91, 2009.

MENEGHIN, P. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da aids: o espectro do desespero contemporâneo. **Revista de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.399-415, 1996.

MIRANDA, A.F.B. **História da AIDS em Santa Catarina**: características de uma epidemia. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MONTEIRO, .S; VILLELA, W.V.; KNAUTH, D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 170-176, 2012.

NASCIMENTO, D.R. **As pestes do século XX**: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 193 p.

NATIVIDADE, J.C.; CAMARGO, B.V. Elementos caracterizadores das

representações sociais da aids para adultos **Temas psicol**, v. 19, n. 1, 2011.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584. 2005.

PEREIRA, A.L.; NICHATA, L. Y. I. The civil society against aids: collective demands and public policies. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n. 7, p. 3249-357, 2011.

SOUZA, B.M.B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J Manag Prim Health Care**, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.; PINHEIRO, R.D.C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 332-339, 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.; SANTOS, E.K.A. Histórias de vida – mãe e filho soropositivo para o HIV. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 33-40, 2009.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.C. O cotidiano das famílias que convivem com o HIV: um relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v.11, n.2, p.351-357, 2007.

#### **5.1.4 Artigo 4 - Percepção da aids pelos trabalhadores da saúde ao longo da epidemia (1986 – 2006)**

### **PERCEPÇÃO DA AIDS PELOS TRABALHADORES DA SAÚDE AO LONGO DA EPIDEMIA (1986 – 2006)**

### **PERCEPTIONS OF HEALTH WORKERS DURING THE AIDS EPIDEMIC IN 1986-2006**

### **PERCEPCIÓN DE SIDA DE LOS TRABAJADORES DE SALUD A LO LARGO DE LA EPIDEMIA (1986 - 2006)**

Mariana Vieira Villarinho  
Maria Itayra Padilha

**Resumo:** Este estudo tem como objetivo conhecer como os trabalhadores da saúde de um Hospital Referência em doenças infecto contagiosas vivenciaram a epidemia da aids, no período de 1986-2006. Trata-se de um estudo qualitativo com perspectiva sócio-histórica, que se utilizou da História Oral como método-fonte para coleta de dados com 23 trabalhadores da saúde, que participaram e vivenciaram o cuidado às pessoas com HIV/aids, no período do estudo. A partir da análise de Conteúdo de Bardin chegamos a tais categorias: - Mudança do perfil da epidemia da aids; - Melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids; e Melhoria das condições de trabalho. Estas, por sua vez, trazem à tona, a percepção dos entrevistados com relação as políticas públicas de saúde acerca da aids, ao longo da epidemia, o quanto tais políticas, pesquisas e avanços culminaram na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, voltadas tanto à melhoria dos serviços, assistência as pessoas com a doença, quanto a conquista para um ambiente de trabalho mais seguro e menos desgastante. Diante disso é possível concluirmos que a aids inaugurou uma nova forma de construir políticas públicas, pois apesar das inúmeras mortes, no início da epidemia, a mesma ao ser reconhecida como um emergente problema de saúde pública, forçou a história da saúde a estabelecer diálogo com a sociedade e as políticas públicas.

**Descritores:** Políticas públicas de saúde; AIDS; Assistência à saúde; Profissionais da saúde; Enfermagem; História da Saúde.

**Abstract:** This study aims at determining how health workers of an



infectious-diseases Reference Hospital lived/felt the AIDS epidemic during the entire period of 1986 to 2006. This is a qualitative study with a socio-historical perspective, which used oral history as a method-source for data collection with 23 health workers who have participated and have experience in the care of people with HIV/AIDS during the study period. The data analysis was based on the content analysis of Bardin and produced these categories: The changes in the face of the AIDS epidemic profile, the improving of care for people with HIV/AIDS and the improving of working conditions. These categories reveal the perception of respondents about public health policies on AIDS throughout the epidemic. In terms of policy, the study researches and highlights the advances that culminated in the consolidation of a number of laws, programs and the coordination of health, to improve services and assistance to people with the disease, such as achieving a safer work environment and a less stressful environment. Considering this, it is possible to conclude that AIDS has opened a new way to build public health policies, because despite the numerous deaths at the beginning of the epidemic, the same was recognized as an emerging public health problem forced the health history to establish dialogue with society and public policies.

**Descriptors:** Public health policies, AIDS, health care assistance, health professionals, Nursing, Health History

**Resumen:** Este estudio tiene como objetivo conocer cómo los trabajadores de salud de un Hospital de referencia en enfermedades infecto-contagiosas, vivieron la epidemia del SIDA en todo el período de 1986 a 2006. Se trata de un estudio cualitativo con perspectiva socio-histórica, que utilizó la historia oral como método-fuente para la recopilación de datos con 23 trabajadores de la salud que han participado y experimentado el cuidado de las personas con VIH/SIDA durante el período de estudio. A partir del análisis de contenido de Bardin llegamos a estas categorías: Cambios en el perfil de la epidemia del SIDA, Mejora de la asistencia a las personas con VIH/SIDA, y la mejora de las condiciones de trabajo. Estos, a su vez, revelan, la percepción de los encuestados acerca de las políticas de salud pública sobre el SIDA en toda la epidemia, en cuanto a políticas, investigaciones y avances se destaca que culminaron en la consolidación de varias leyes, programas y coordinaciones de salud, dirigidas a mejorar los servicios, asistencia a las personas con la enfermedad, como el logro de un entorno de trabajo más seguro y menos estresante. Teniendo en cuenta esto, es posible concluir que el SIDA inauguró una nueva forma de construir

políticas públicas, ya que a pesar de las innumerables muertes al inicio de la epidemia, y al ser reconocida como un problema emergente de salud pública, forzó a la historia de la salud a establecer un diálogo con la sociedad y con las políticas públicas.

**Descriptor:** Políticas de salud pública, SIDA, Asistencia en salud, profesionales de salud, Enfermería, História de la Salud

## INTRODUÇÃO

O surgimento da aids e a percepção da sociedade, inclusive dos trabalhadores da saúde com relação a doença foi de medo, receio, preconceito. Pois até então, a aids era notícia pela imprensa sensacionalista que semeava pânico na população, ao publicar imagens, matérias de caráter moralista e discriminatório (BARATA, 2005).

Como resposta a essa situação houve uma intensa mobilização da sociedade civil na estruturação de movimentos para reivindicação dos direitos aos pacientes, assim como de redefinição dos princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas pelo vírus. Com a evolução das respostas sociais e políticas em torno da doença, grandes foram as mudanças epidemiológicas ao longo dos primeiros 20 anos da aids (GRANGEIRO; LAURINDO; TEIXEIRA, 2009).

Segundo Rocha (2003), a evolução das políticas públicas de saúde com relação ao HIV/aids aconteceu em fases distintas, considerando o desenvolvimento dos conhecimentos científicos com relação à doença, as articulações e a participação dos segmentos sociais e institucionais na formação das respostas à epidemia.

Neste contexto é oportuno ressaltar ainda que tais políticas públicas, a partir dos financiamentos disponibilizados aos serviços de HIV/aids, proporcionaram uma melhoria na assistência aos pacientes com a doença. De acordo com Fonseca (2005) o conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde. Tais políticas e estudos voltados ao HIV/aids culminaram na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, assim como tiveram um preponderante papel na organização, na melhoria dos Serviços de Assistência Especializada às pessoas com HIV/aids (MELCHIOR et al., 2006).

As políticas públicas, as pesquisas e avanços em torno da epidemia repercutiram também positivamente nas práticas laborais dos trabalhadores da saúde e no âmbito do cuidado prestado aos pacientes com HIV/aids. Pois, em consequência ao surgimento da aids, maior

preocupação se teve com as políticas públicas voltadas à biossegurança dos trabalhadores da saúde, assim como com a estruturação e organização dos serviços, que por sua vez contribuíram para redução da sobrecarga de trabalho (ROCHA, 2003; VIEIRA, PADILHA, PINHEIRO, 2011).

Ademais, acredita-se que as respostas sociais, assim como as políticas públicas em torno da aids foram de suma importância à mudança do perfil da epidemia, à qualidade da assistência às pessoas com HIV/aids e à melhoria das condições de trabalho. Diante do contexto e ponderando acerca da temática exposta, decidiu-se realizar este estudo que tem por **objetivo**: - Conhecer como os trabalhadores da saúde de um Hospital Referência em doenças infecto contagiosas vivenciaram a epidemia da aids, no período de 1986-2006.

O interesse de desenvolver esta pesquisa com trabalhadores da saúde, orientando-se pelas suas histórias e memórias deve-se por compreender o quanto estas lembranças e experiências, acerca das suas práticas de cuidado junto aos pacientes com HIV/aids, ao longo da epidemia, revelam a importância e a influência dos avanços, das políticas públicas de saúde e de todo contexto político, econômico, social e histórico da epidemia da aids, na evolução das práticas de cuidado.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa sócio histórica que fez uso da História Oral (HO) como método-fonte para coleta de dados. Segundo Padilha et al. (2011) tal fonte historiográfica privilegia a realização de entrevistas com pessoas que presenciaram, testemunharam, participaram de acontecimentos num determinado contexto social.

Os sujeitos do estudo foram 23 (vinte e três) trabalhadores da saúde que participaram, vivenciaram, direta ou indiretamente, do cuidado às pessoas com HIV/aids, internadas no Hospital Nereu Ramos (HNR), no período de 1986 à 2006. Dentre eles quatro médicos, oito enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga.

A opção de (re)construir a história deste período, 1986 à 2006, deve-se ao primeiro caso notificado de aids no município de Florianópolis, embora as primeiras internações por diagnóstico de HIV/aids no HNR, terem ocorrido em 1985. O recorte final até 2006, justifica-se aos inúmeros e grandes acontecimentos, nestes vinte anos de

epidemia, como o fechamento do Ambulatório de DST/aids de Florianópolis, em virtude da descentralização do serviço de aids no município, bem como a implantação em 2006, no HNR, do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) que tem por objetivo atender a demanda de ações de vigilância, no âmbito hospitalar.

A seleção dos sujeitos para participarem da pesquisa foi realizada, a partir de uma solicitação feita ao Setor de Recursos Humanos do HNR, e por recomendação dos próprios trabalhadores já entrevistados. E a coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2011, através de entrevistas semi-estruturadas. Todas as entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade do entrevistado, respeitando local, data e hora por eles sugeridas. Além do próprio hospital, algumas entrevistas ocorreram nos domicílios, e outras em seus locais de trabalho.

Neste estudo após o processo de coleta de dados, os mesmos foram transcritos e ordenados, classificados, a partir de exaustivas leituras, com intuito de agrupar/compilar os possíveis enunciados. Nesse percurso, procurou-se ainda identificar estruturas de relevância e realizar o re-agrupamento por temas, conforme estabelece a análise de temática de Bardin (2004), na qual emergiram as categorias: - **Mudança do perfil da epidemia da aids;** - **Melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids;** e **Melhoria das condições de trabalho.** Tais categorias trazem a tona, a percepção da aids pelos trabalhadores da saúde, ao longo da epidemia, no cuidado aos pacientes com HIV/aids.

Ademais, o estudo foi submetida a análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob nº 920/10 e aprovada em agosto de 2010. Foram observados todos os princípios éticos de pesquisa, em todas as fases do estudo.

## RESULTADOS

### **Mudança do perfil da epidemia da aids**

A mudança do perfil epidemiológico da aids foi percebida e tão logo mencionada pelos trabalhadores da saúde que vivenciaram o cuidado junto aos pacientes com HIV/aids, ao longo da epidemia. Inicialmente, a maioria das internações no HNR era caracterizada por pacientes homossexuais, Usuários de Drogas Injetáveis e alguns casos por transfusão de sangue.

A concentração dos casos de aids entre os UDIs, no estado de Santa Catarina, justificou-se ao histórico do uso de entorpecente e rotas

de escoamento do tráfico, bem como pela movimentação intensa de pessoas em seus balneários, portos e aeroportos, os quais contribuíram para a alta incidência da doença na região (BOING, LUNARDON, 2009; MALISKA et al., 2011).

Na época, tal população acometida pelo HIV, considerados como grupos de risco foram fortemente estigmatizados por seus comportamentos, até então não aceitos pela sociedade. Fato que se pode observar a partir das seguintes falas:

*Nós atendíamos muitos usuários de drogas injetáveis, além dos homossexuais, é este era o nosso público no início da epidemia. Era bastante sofrido, porque além de ter que vivenciar o diagnóstico da aids, os pacientes eram largados, culpados pela família por ter a doença, por serem homossexuais (TE2).*

*Nossos pacientes eram homossexuais, usuários de drogas injetáveis, então essa coisa de culpa colocada a essas pessoas era muito forte, tipo assim: “- Ele tem aids porque ele fez isso e aquilo de errado” (AE2).*

*A família não queria que seu familiar fosse visto, porque na época, ter aids era o mesmo que ter comportamento promíscuo, ter fama de gay. E a mídia foi um horror, os repórteres ficavam aos redores do hospital para noticiar a “cara da aids” (TE4).*

*Os pacientes com aids eram jovens, usuários de drogas e a maioria homossexuais. A doença até foi chamada de peste gay e as pessoas eram muito estigmatizada pela comunidade, pela mídia, porque além da aids tinha toda uma questão social por trás, de drogas, prostituição, homossexualismo (AS1).*

A aids, por se tratar de uma doença incurável, para a qual não se conhecia sua real forma de transmissão e que se mostrava devastadora ao organismo infectado foi marcada por medos, fantasias negativas, sentimentos de morte anunciada. Associada ainda a tais sentimentos, a história da aids foi carregada por muita discriminação, rejeição,

decorrente ao fato de acometer principalmente os homossexuais, UDI, profissionais do sexo, pessoas estas já estigmatizadas pela sociedade.

Ainda neste contexto, conforme retratam as falas, os meios de comunicação, de certa forma, tiveram um papel determinante na discriminação das pessoas com a doença. De acordo com Darde (2004), a disseminação da doença foi intensamente acompanhada pela mídia, que se caracterizou como veículo decisivo na difusão de informações. Se por um lado, divulgou os esforços da comunidade científica em informar mais sobre a doença, por outro, trouxe também muitas consequências desfavoráveis para a compreensão da aids, uma vez que, reforçava no imaginário coletivo, a concepção da doença como consequência de condutas socialmente reprováveis. Não é a toa que a aids no início da epidemia foi denominada como a doença dos 4 Hs – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos e Heroínômanos (usuários de heroína injetável), o que demonstra a capacidade estigmatizante e o preconceito gerado em torno desses grupos de pessoas pela sociedade (MENEHIN, 1996; MONTEIRO, VILLELA, KNAUTH, 2012).

No entanto, verificou-se pouco tempo depois que a aids não estava restrita ao grupo dos homossexuais e UDI, uma vez que começaram a surgir relatos de identificação da transmissão do HIV em hemofílicos; receptores de sangue e seus derivados, através de transfusão; trabalhadores da saúde decorrente do acidente de trabalho envolvendo exposição ao material biológico; e principalmente entre mulheres casadas, nos seus relacionamentos heterossexuais (MAIA, GUILHEME, FREITAS, 2008; RODRIGUES et al., 2012). A premissa que a infecção limitava-se aos grupos de riscos solidificou na população não abarcada por esse rótulo, a falsa sensação de imunidade à doença. Por outro lado, os homossexuais e UDI, passaram, a partir de um trabalho de conscientização, a se precaver, utilizando preservativo nas relações sexuais e não compartilhando agulhas contaminadas. Já, os heterossexuais por se considerarem invulneráveis a transmissão do HIV, expuseram-se a condutas e comportamentos de risco. Conforme demonstra as falas:

*Os primeiros pacientes eram na grande maioria homossexuais e dependentes de droga. Daí se trabalhou muito em cima desse público, que começou a se proteger. E os que não se achavam dos ditos grupos de riscos, como as mulheres casadas, não se cuidavam, não usavam camisinha com seu marido e daí acabavam se expondo ao HIV (TE3).*

*O grande público do Nereu eram os pacientes usuários de drogas e homossexuais, mas depois estes passaram a se proteger, a não compartilhar agulhas contaminadas. E àqueles que se achavam invulneráveis, que não faziam parte do grupo de risco, como as mulheres casadas, passaram a não se cuidar e começaram a se infectar (P1).*

*Eram bastante os homossexuais, usuários de drogas, mas com todo o trabalho de conscientização do próprio Ministério da Saúde, da Associação Brasileira Interdisciplinar para a AIDS e da Organização Mundial de Saúde, esse publico passou a se cuidar (E5).*

*Por ser considerada peste gay, câncer dos homossexuais, este pessoal passou a se cuidar e a aids começou a ser transmitida entre mulheres casada que não se cuidavam, não usavam preservativo com seu esposo, por achar penso eu, que com elas não iria acontecer e também pela concepção machista do marido de usar a camisinha (E3)*

A cultura machista, o sentimento de invulnerabilidade a transmissão do HIV, assim como a fidelidade até então esperada nos relacionamentos, fez com que as mulheres não exigissem de seus parceiros fixos, o uso do preservativo. Situações estas preocupantes, que repercutiram na mudança do perfil epidemiológico, uma vez que aumentou o número de casos da transmissão do HIV entre os heterossexuais, sobretudo entre as mulheres casadas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, apesar dos casos de aids entre homens superarem os de mulheres, a diferença esta cada vez menor. Em 1985, a razão foi de 26 homens para cada caso em mulheres. Já em 2010, essa relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2011).

É notável, a partir dos dados apresentados pelo Boletim epidemiológico, que a infecção pelo HIV vem apresentando mudanças no perfil. Nas primeiras décadas da epidemia, de 1980 à 1997, 45,5% dos casos de aids foram em UDI; 17,1% em homossexuais; 9,7% em bissexuais; e 11,9% em heterossexual. Ao longo dos anos, os dados confirmam esta mudança do perfil, não é a toa que no ano de 2011, a

categoria de exposição entre homens foi distribuída em heterossexual (26,7%); seguida de homossexual (36,9%); bissexual (11,4%) e UDI (5,5%). Já entre as mulheres neste mesmo ano de 2011, observa-se como categoria de exposição à heterossexual (81,1%); seguida de UDI (3,8%) (BRASIL, 2011).

Em Santa Catarina, a realidade epidemiológica acerca da aids não é diferente. O Estado apresenta como principal categoria de exposição, a heterossexual (61,9%), seguido de UDI (20,9%) e Homossexual (9,1%). O primeiro caso em mulheres ocorreu em 1987, desde então, o número de casos em mulheres vem crescendo e a razão de masculinidade vem diminuindo a cada ano, passando da razão de 4,8 em 1987, para 1,6 no ano de 2011 (SANTA CATARINA, 2011). Tais dados intensificam a feminização da epidemia da aids no Brasil e no Estado de Santa Catarina.

### **Melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids**

Nesta categoria os trabalhadores da saúde, apontaram a importância das políticas públicas de saúde, das pesquisas, dos avanços na melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids, a partir da **estruturação do HNR, da oferta a terapia antirretroviral às pessoas com HIV/aids, do acesso precoce ao diagnóstico**, assim como dos **direitos aos pacientes**, conquistados com a criação das Organizações Não Governamentais, leis, portarias, comissões voltadas à organização dos serviços de assistência às pessoas com HIV/aids.

Inicialmente, antes mesmo do surgimento da aids, apesar do HNR ser referência às pessoas com doenças infecto contagiosas, em virtude da tuberculose, o mesmo foi uma instituição rejeitada pela sociedade e esquecida pelo governo. Porém, com o advento da aids e por ser um serviço de referência, passou a receber, a partir das políticas públicas voltadas à melhoria da assistência das pessoas com HIV/aids, incentivos, financiamentos para sua estruturação. Isto pode ser evidenciado nos depoimentos dos sujeitos:

*As políticas públicas em torno da aids foram importantes para as mudanças estruturais ocorridas no Nereu, porque repercutiu na melhoria da assistência aos pacientes. Em 90 assumi a direção do hospital e em 91 foi reformada a unidade da tuberculose para criar uma ala só para a aids, que era a ala 5, com mais leitos, melhores acomodações (M1).*

*Com a aids, tivemos adaptações na estrutura do*



*Nereu para melhorar a assistência dos paciente. Passamos a ter uma unidade só para atender estes pacientes, era a DIP II. Mas como a unidade vivia lotada, foi então adaptada a unidade da Tuberculose masculina para atender exclusivamente aids, que era a ala 5, isso já no início da década de 90 (TE3).*

*Com o surgimento da aids o hospital passou a não ser mais esquecido, abandonado, porque com as políticas públicas começaram a vir incentivos do governo. (...) uma das alas do hospital, chamada DIP II começou a ser ativada, daí começamos com um quarto, depois dois, até sete quartos, mas como eram muitos pacientes a serem atendidos, passamos a colocar 2 pacientes por quarto, para ficar com 14 leitos. Depois, no início da década de 90, em 1991 foi reformada a unidade de tuberculose masculina e criamos a Ala 5, que era uma unidade maior, tipo um pavilhão grande, com banheiros, ficamos daí com 36 leitos (E2).*

*A estrutura do Nereu sem sombra de dúvida repercutiu na melhoria da assistência aos pacientes com HIV/aids. Como eram muitos casos que chegavam, foi criada a ala 5, que tinha uma estrutura melhor, com mais leitos (AE3).*

Observa-se, a partir dos relatos, a necessidade de **estruturação do HNR**, para assistência de qualidade aos pacientes internados, debilitados pela doença. A epidemia da aids propagou-se de forma crescente, passando a exigir a adoção de estratégias efetivas por parte dos órgãos competentes, a destacar a criação de serviços especializados nas instituições de saúde para o cuidado das pessoas com a doença (MEIRELLES,1998).

Neste contexto, o HNR, no final da década de 1980 e início de 1990, investiu respectivamente, na implantação de um Ambulatório, assim como no Hospital Dia, ambos os serviços direcionados à assistência dos pacientes que não necessitavam de internação. O atendimento ambulatorial, no HNR foi iniciado em 1987, formado na época por uma equipe multidisciplinar composta por dois médicos

(Osvaldo Vitorino Oliveira e Antônio Fernando Barreto Miranda), duas enfermeiras (Maria Helena Bittencourt Westrupp e Betina Hörner Schlindwein Meirelles), uma psicóloga (Marisa Salgado) e duas assistentes sociais (Sônia Regina Botelho Galvão e Lurdes S. Tiago da Silva Sardá) (MIRANDA, 2003).

No entanto, com a crescente demanda dos casos de aids que chegavam foi necessária a ampliação das instalações do Hospital, tanto na área de internação, como na área ambulatorial, assim como criada novas formas de atendimento, como o Hospital-Dia. Desta forma, no ano de 1991, através de convênio realizado pela Secretaria de Estado da Saúde com o Banco do Brasil, foram ampliadas as instalações de ambulatório, construção de gabinete odontológico, e principalmente a ampliação da unidade para internação dos pacientes com HIV/aids, denominada Ala V (MIRANDA, 2003).

*Grande foram as conquistas, as transformações ocorridas no Nereu com o surgimento da aids para a melhoria da assistência aos pacientes. Tivemos a estruturação da ala cinco, do ambulatório, a criação do Hospital Dia para qualidade no atendimento. Eu e outra enfermeira trabalhamos juntas, mas eu ficava mais na ala 5 e ela no ambulatório (E2).*

*Com a demanda de casos de aids chegando a gente foi atrás de verba para estruturação do Nereu. Fomos até Brasília e conseguimos dinheiro com o ministério da saúde para aumentar os números de leitos e para construir um ambulatório maior (M2).*

*Tivemos muitas adaptações no Nereu com a aids. Foi construído primeiro um ambulatório que ficava na parte da frente do hospital, mas a localização já atrapalhava a dinâmica do serviço e o espaço já estava pequeno para atendimento. Daí lembro que fomos atrás de financiamento e no início dos anos 90 construímos um ambulatório maior, abrimos mais leitos na ala 5 e implantamos o Hospital Dia. (...) Percebo que tudo isso conseguimos porque fomos atrás do que tinha, das políticas públicas para melhoria da assistência aos pacientes com aids (E3).*

Nota-se que as políticas públicas com relação a epidemia da aids tiveram como foco prestar uma assistência de qualidade às pessoas com a doença. Neste sentido, além de algumas adaptações realizadas nas acomodações do próprio hospital para aumentar o quantitativo de leitos, pode-se observar nas falas, que na época, alguns profissionais de saúde buscaram financiamentos, a fim de melhorar a infra estrutura do HNR e consequentemente a assistência aos pacientes.

No contexto de implantação e estruturação de serviços voltados a melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids é oportuno ressaltar as negociações iniciadas na década de 1990, mais precisamente no ano de 1993, do governo brasileiro com o Banco Mundial para adquirir o empréstimo, denominado “Projeto AIDS” (SOUZA et al., 2010; SZWARCOWALD, CASTILHO, 2011). Segundo Souza, Vasconcelos, Tenório et al. (2010) o reconhecimento dos empréstimos concedidos pelo Banco Mundial ao Brasil para a implementação dos Projetos AIDS foram importantes, uma vez que os mesmos foram essenciais à promoção das políticas públicas voltadas a epidemia da doença, sobretudo à assistência das pessoas com HIV/aids. Tais investimentos permitiram a estruturação de uma rede assistencial em diversas regiões do país, a destacar os Serviços Ambulatoriais, Hospitais-dia (HD), Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), hospitais convencionais, entre outros.

Ainda com relação aos avanços, pesquisas e políticas públicas de saúde acerca da aids, os sujeitos do estudo mencionaram a importância da **oferta da terapia antirretroviral (ARV) à melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids.**

De acordo com Chequer (2005) a resposta brasileira no campo da assistência e tratamento à epidemia, estruturou-se em 1986 com a criação dos Programas de DST/aids, no âmbito Estadual e Nacional, voltados à prevenção, financiamento de serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, na época, com a distribuição apenas da zidovudina (AZT), único medicamento disponível, a partir de 1987.

O acesso a terapia ARV, deu-se em 1996, quando o Brasil adotou a Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, a qual dispôs sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/aids, mesmo contra recomendações e advertências do Banco Mundial (BRASIL, 1996b). De acordo com Geoczze, Mucci, Marco et al. (2010) tal proposta terapêutica denominada de “*High Active Antiretroviral Therapy*” (HAART) foi uma grande conquista, uma vez que proporcionou maior sobrevida aos pacientes HIV positivo.

*Puxa, no início da epidemia, quando não se tinha*

*tratamento, os pacientes eram muitos feios, tinham cor de chumbo, emagrecidos, duravam poucos meses. E os investimentos do Ministério, com a distribuição gratuita dos ARV foi fantástico pra sobrevivência do paciente (D1).*

*Lembro que antes de 96, até tinha alguns pacientes, da “society”, internados que recebiam a medicação, porque compravam e daí vinha de fora. Mas as políticas públicas de saúde, com o acesso gratuito ao antirretroviral para os pacientes fez toda a diferença na assistência (TE2).*

*Uma grande evolução na história da aids foram as políticas públicas que garantiram a melhoria da assistência aos pacientes, a partir do tratamento medicamentoso gratuito e de qualidade. Porque quem começou a trabalhar com a aids, antes de 96, trabalhou com uma doença mortal, que não tinha tratamento. E quem começou a trabalhar depois de 96, já entrou com uma concepção de uma doença crônica, que tem tratamento (E1).*

*O ano de 96 foi o divisor de águas na terapia, porque antes se usava uma ou duas drogas e as pessoas adoeciam e morriam. E a partir de 96 com os estudos, financiamentos do governo voltados à assistência dos pacientes vieram mais remédios e a associação destas drogas foi excelente, porque melhorou a sobrevivência do paciente, que passaram a viver mais e melhor (M2).*

*Muito se cresceu desde o surgimento da epidemia, muitas foram as pesquisas, avanços para a melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids. A terapia antirretroviral de alta potência em 1996, e posteriormente a quebra de patente de algumas drogas foram exemplos de que as políticas públicas em torno da aids foram muito atuantes (M4).*

A disponibilidade da terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, às pessoas acometidas pela doença causou impacto notável na realidade da epidemia, uma vez que reduziu a morbimortalidade, o quantitativo de internações hospitalares e aumentou a sobrevida dos pacientes, que passaram a viver mais e melhor. Neste contexto do acesso aos anti-retrovirais e sua influência na qualidade de vida das pessoas com HIV/aids, o Brasil, em 1998, a partir dos laboratórios públicos passam a produzir alguns anti-retrovirais e no ano de 2000, o país produz sete, dos doze anti-retrovirais distribuídos nacionalmente. Em 2005, o Ministério da Saúde, devido a falta de acordo com laboratórios fabricantes, dado ao alto custo dos medicamentos, adotou o licenciamento compulsório de um dos anti-retrovirais de segunda linha, efetuando desta forma a quebra de patentes. Tal medida, tornou-se necessária para garantir a sustentabilidade do programa de controle da epidemia da aids, permitindo dessa forma que muitos pacientes com HIV fossem beneficiados por essa política (GRANGEIRO et al., 2006).

Não há dúvida que a política de acesso universal ao tratamento permitiu aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida das pessoas que convivem com HIV, estabelecendo seu atual perfil de cronicidade. Estudo realizado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, demonstrou que a sobrevida de pessoas com diagnóstico entre 1995-1996 aumentou de mediana de 58 meses para 108 meses no período 1998-1999 (HALLAL et al., 2010).

Neste cenário enfatizamos ainda que para a ampliação do acesso universal ao tratamento e sobrevida do paciente, fez-se necessário a priorização do **acesso precoce ao diagnóstico** do HIV e das infecções oportunistas.

*Tempo triste em que o acesso ao diagnóstico era difícil, e o paciente tinha que fazer tomografia em Blumenau e quando conseguia autorização. É antes da epidemia da aids e no início do surgimento da doença, o acesso a exames para diagnósticos era complicado. E depois com as políticas públicas de financiamento para a aids, o hospital começou a ter melhor acesso para realização de exames e possíveis diagnósticos, o que facilitava o tratamento e consequentemente a sobrevida do paciente (M1).*

*A evolução foi notável se pensarmos em toda epidemia da aids. As políticas públicas*

*possibilitaram mais e melhores exames para fechar o diagnóstico precoce, porque antes, quando se descobria, o paciente já estava com varias infecções oportunista (E4).*

*Tivemos mais acesso aos exames e com isso diagnóstico do HIV mais precoce. É o diagnóstico precoce possibilitava o início da terapia antirretroviral mais rápido, o que certa forma ajudava no tratamento e melhor sobrevida do paciente (E7).*

As políticas públicas em torno da aids permitiram muitos financiamentos à melhoria da assistência do paciente. Como pode-se observar nos relatos dos trabalhadores da saúde que vivenciaram o surgimento da aids no HNR, não só o acesso a terapia antirretroviral, mas o acesso precoce ao diagnóstico, a partir de mais e melhores exames foram investimentos fundamentais para o início do tratamento e por consequência à sobrevida do paciente.

No que se refere aos **direitos à melhoria da assistência aos pacientes com HIV/aids**, estes foram conquistados, também mediante a criação de ONGs, leis, portarias, programas voltados à organização dos serviços tanto à assistência das pessoas com HIV/aids, quanto à prevenção.

A rápida disseminação do HIV, no Brasil, na década de 1980 foi bastante evidente e é deste modo que as primeiras iniciativas de políticas públicas em respostas a epidemia da aids foram sendo elaboradas, a partir da mobilização social e dos governos estaduais, pressionando progressivamente um posicionamento do governo federal (GRANGEIRO; LAURINDO; TEIXEIRA, 2009).

É essa iniciativa que consolida o surgimento das primeiras organizações de base comunitária e redes nacionais, como, por exemplo, o surgimento da rede GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção à Aids) em muitos estados, o Grupo pela Vida em São Paulo e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) no Rio de Janeiro. Em 1989, na Conferência Mundial de Aids realizada em Montreal, no Canadá, os movimentos sociais se organizaram em uma coalizão internacional e apresentaram-se como força política, reivindicando seu reconhecimento como parte da resposta à epidemia. O resultado repercutiu internamente no país e deu origem ao primeiro Encontro Nacional de Organizações Não Governamentais que trabalham com HIV e Aids (ENONG). A

participação da sociedade civil na luta contra a aids trouxe reflexos positivos, inclusive na ampliação do acesso universal ao tratamento com ARV (BRASIL, 2010).

De acordo Grangeiro, Laurindo e Teixeira (2009) tal ativismo político permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à aids, tanto no plano da atenção à saúde, a destacar o tratamento, como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV/aids. Esse movimento, do qual participaram, o setor privado, a comunidade científica e as ONGs, além de impulsionar as políticas públicas, permitiu uma organização social fundada na solidariedade, um conceito compreendido no âmbito do movimento social, como uma ação coletiva, cuja finalidade foi preservar a cidadania das pessoas acometidas pela doença e os grupos mais atingidos (SOUZA et al., 2010).

Em Santa Catarina, a rápida disseminação da aids não foi diferente, pois segundo a Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado, no ano de 1986 foram notificados oito casos e em 1987 dezessete casos, e tal progressão para o estado representava a instalação da epidemia em níveis alarmantes. Por este motivo, no ano de 1987, a partir dos movimentos sociais, das organizações comunitárias, dos profissionais de saúde, tradicionalmente “militantes” da saúde pública, assim como de uma opinião pública perplexa com relação a doença como “sentença de morte” foi implantada a Coordenação Estadual do Programa DST/Aids vinculada a Diretoria de Assuntos Básicos de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Esta teve como objetivo coordenar, planejar, executar e controlar os recursos indispensáveis ao controle da doença no estado, em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde (SANTA CATARINA, 2011; MALISKA et al., 2011).

Nesta mesma época, as respostas da sociedade civil frente a aids foram sendo elaboradas no Estado, com a criação das primeiras ONGs, como o Grupo de Apoio às Pessoas com Aids (GAPA), no ano de 1987 e a Fundação Açoriana para o Controle da Aids (FAÇA), em 1991 (MIRANDA, 2003; MEIRELLES, 2003).

As ONGs foram criadas inicialmente para prover apoio mútuo e cuidado, evoluir gradualmente no sentido de se capacitar e fortalecer para desenvolver papéis mais importantes, nas respostas à epidemia da aids na sociedade. Mas logo, passaram a ser responsáveis também pelas reivindicações de direitos, de denúncia de preconceitos e discriminação, assim como de difusão de informação e educação (GRANGEIRO; LAURINDO; TEIXEIRA, 2009). Os relatos abaixo ilustram esta

situação:

*Com as lutas, reivindicações das próprias pessoas com a doença, das ONGs, o governo começou a olhar a aids diferente e começou a investir em serviços para melhoria da assistência às pessoas com a doença. Estas ONGs ficavam antenadas a tudo em torno da aids e foram essenciais para dar apoio extra-hospitalar aos doentes (E1)*

*A criação do GAPA e depois da FAÇA foi muito importante para as conquistas, direitos dos pacientes em enfrentar a discriminação da doença, questões trabalhistas, de tratamento. Então, tudo isso fez parte de um contexto de informação, avanços sobre a aids, inclusive da expansão de políticas públicas em torno da epidemia (AS1).*

*A gente vivenciou a construção da epidemia. Lembro que fiz parte da fundação do GAPA e da FAÇA, e estas ONGs foram muito importante para as ações, políticas sociais, em defesa dos direitos humanos, trabalhistas dos pacientes com aids. O GAPA teve um papel decisivo, de apoio, suporte para os pacientes com aids. Eles brigavam por mais leitos, pegavam autorização judicial, iam atrás de medicamento (E2).*

*Quando entrei já tinha o GAPA que era muito importante às conquistas dos direitos aos pacientes, o grupo lutava pela não discriminação. E a FAÇA foi criada depois, nesta ONG lembro que alguns funcionários do Nereu tiveram papel importante na sua fundação (E6).*

*Quando entrei já tinha o GAPA, criado por alguns dos funcionários do próprio hospital, mais voltado a parte da assistência dos pacientes, lutavam por mais leitos, medicamentos. Depois tivemos a fundação da FAÇA, eu inclusive participei da criação desta, que era mais voltada aos movimentos de lutas pelos direitos previdenciários, a não discriminação, de apoio, de informação (M3).*



O HNR esteve a frente das políticas públicas à melhoria da assistência aos pacientes com HIV/aids e neste cenário, ambas as ONGs, GAPA e FAÇA marcaram presença na história da aids no estado de Santa Catarina, por terem sido as primeiras respostas da sociedade à epidemia.

Neste contexto, Maliska et al. (2011) ratificam que ambas as ONGs foram importantes na participação das reivindicações e nas lutas pelas conquistas que ainda necessitavam ocorrer junto aos órgãos governamentais e não governamentais e principalmente nas questões sociais que marcaram o início da epidemia no Estado. A destacar, a cobrança das autoridades por uma assistência de qualidade aos pacientes nos serviços públicos de saúde; a garantia do tratamento ARV gratuito; assim como uma política efetiva de controle do sangue e seus hemoderivados, notadamente a obrigatoriedade da implantação dos testes Anti-HIV nos hemocentros (MIRANDA, 2003).

No que se refere a politização do sangue, no âmbito nacional, a aids transfusional, ao disseminar grande medo, foi responsável pelos rumos da política nacional de sangue na década de 1980. Consequentemente, grandes foram os avanços conquistados com a pressão das ONGs e de entidades da área da saúde, dado ao grande número de casos de aids registrados em decorrência da transfusão de sangue (GRANGEIRO, LAURINDO, TEIXEIRA, 2009; SZWARCOWALD, CASTILHO 2011).

Ainda no âmbito das políticas públicas na luta e controle da epidemia da aids, sobretudo à assistência aos pacientes acometidos pela doença, o Ministério da Saúde criou em 1986, o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), que em 2003 foi considerado como referência mundial, por diversas agências internacionais. O sucesso, inclusive mundial, de tal programa, dá-se não só pela oferta universal e gratuita dos ARV, mas também por ser um programa interministerial em diálogo constante com os movimentos sociais e com a comunidade científica (CHEQUER, 2005; SOUZA et al., 2010). Não é a toa que o Ministério da Saúde, ao longo da epidemia, tem veiculado junto a sociedade, sua preocupação com a organização dos serviços, voltados não só à assistência das pessoas com HIV/aids, mas também à prevenção e controle da epidemia.

No que diz respeito a organização dos serviços voltados à prevenção e controle da epidemia, os sujeitos do estudo mencionaram a importância disponibilizada na época, aos serviços de transfusão de sangue, na medida que profissionais de diferentes instituições, reuniam-se para discutir a vigilância, o controle do sangue e seus hemoderivados.

Fato que se pode evidenciar, a partir das falas:

*Tivemos melhorias nos serviços de transfusões de sangue no estado. Porque antes não se tinha protocolo, vigilância nestes bancos de sangue, o que fez crescer casos de transmissão por transfusão.*  
(AE1).

*A gente começou a se organizar, criar comissões, discutir fluxos, organizar o serviço de aids em SC. Daí era representante da UFSC, do Departamento de Saúde Pública, da Vigilância Sanitária, do centro hemoterápico que é o atual HEMOSC e outros. (...) as políticas públicas de saúde, os estudos em torno da aids em muito influenciaram na organização dos serviços, na melhoria da assistência às pessoas com a doença*  
(E2).

*Criamos uma comissão para discutir os assuntos da aids no Estado e uma das ações foi que implantamos o serviço de sorologia para HIV, Hepatite C, nos Hemocentros de todo Estado. A organização do serviço de hemoterapia, de vigilância nos hemocentros foi necessária, porque antes para tudo, qualquer cirurgia, até parto, dava-se sangue. Então foi um trabalho fantástico, anos lutando e tinha muita gente envolvida, militantes em cima das políticas públicas em torno da aids* (M2).

O advento da aids e posteriormente o conhecimento de que a transfusão de sangue foi considerada um importante meio de transmissão do HIV, no início da epidemia, fez-se necessário à organização e mudanças nos serviços de hemoterapia. Pois até então, a situação dos serviços de sangue era caótica, a Vigilância Sanitária não atuava nesta área de controle, logo, a maioria dos Centros de Hematologia do Estado não realizavam nenhum teste no sangue (MIRANDA, 2003; PEREIRA, 1996).

Assim, em 1987 foi criada a Comissão Interinstitucional para Controle da Aids, composta pelo antigo Departamento Autônomo de Saúde Pública (Diretoria da Vigilância Epidemiológica, Diretoria da

Vigilância Sanitária, Laboratório Central de Saúde Pública); Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC); Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS); Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC). Esta comissão tinha por finalidade instituir uma política inicial para acompanhar, normatizar, estabelecer responsabilidades às instituições participantes da comissão e para acompanhar o desenvolvimento da epidemia em Santa Catarina. Ao Hemocentro, representado por um médico hematologista, competia criar a política de sangue no Estado (MIRANDA, 2003).

Neste mesmo ano, em 1987, a Comissão elaborou um diagnóstico estadual e constatou que somente os municípios de Florianópolis, Blumenau e Joinville realizavam os testes Anti-HIV. Assim em 20 de julho de 1987, através do Decreto Lei Estadual nº 272, foi criado o HEMOSC com o objetivo básico de prestar atendimento hemoterápico de qualidade à população da Grande Florianópolis, e assistir aos portadores de doenças hematológicas. E, através do Decreto Lei nº 3015, de 27 de fevereiro de 1989 foi criado o sistema estadual de hematologia e hemoterapia com o objetivo de promover a interiorização das ações relativas ao uso de sangue, o qual obrigava a realização dos testes HIV em todo o Estado. A partir desta data, o HEMOSC passou a realizar todos os testes de controle de qualidade do sangue no Estado (PEREIRA, 1996).

Contudo, ressaltamos que o engajamento vivenciado pelos trabalhadores da saúde, junto a sociedade civil em resposta à epidemia da aids foi um exemplo de que as políticas públicas acerca da mesma tiveram um preponderante papel, na melhoria dos serviços voltados tanto à assistência da pessoa com HIV/aids, quanto à prevenção, controle da epidemia.

### **Melhoria das condições de trabalho**

No que se refere a categoria **melhoria das condições de trabalho**, os sujeitos do estudo mencionaram a importância das políticas públicas, das pesquisas e avanços ao longo da epidemia da aids, repercutindo significativamente em um **trabalho mais seguro e menos desgastante** no cuidado às pessoas com HIV/aids.

A preocupação com o **trabalho mais seguro**, em consequência ao surgimento da aids, caracterizou-se pelas políticas públicas voltadas às medidas de biossegurança, a partir da *implementação dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)* (materiais descartáveis), da *quimioprofilaxia após acidente de trabalho*, assim como pela

*implantação da vacinação contra Hepatite B. E, a subcategoria, **trabalho menos desgastante**, influenciando na melhoria de suas condições de trabalho, deu-se pela contratação de mais funcionários, principalmente da enfermagem; diminuição da carga horária e a acesso a Terapia Antirretroviral, a qual ampliou a sobrevida dos pacientes, e passou a exigir menos dos trabalhadores da saúde.*

Neste contexto, e em meio ao surgimento da aids e com ela, a possível transmissão ocupacional do HIV, decorrente do acidente de trabalho envolvendo exposição a material biológico surgiu a preocupação do *Center of Disease Control* (CDC) pela higiene e segurança no trabalho. Recomendações no sentido de proteger os profissionais foram preconizadas e periodicamente revisadas, alteradas, considerando a inovação de conhecimentos e a epidemiologia da doença (CDC, 2005).

O uso de materiais descartáveis, com destaque aos EPIs para a prática profissional segura ratificou a importância das políticas públicas com seus financiamentos, investimentos voltados à biossegurança dos trabalhadores da saúde. Fato que podemos constatar, a partir dos relatos:

*Percebo que a aids trouxe maior preocupação do governo com políticas públicas voltadas a nossa segurança. Muitos foram os incentivos, avanços, melhorias na nossa condição de trabalho, passamos até a receber equipamentos, materiais descartáveis, luvas, aventais para nossa proteção (D1).*

*Percebo que muitas foram as melhorias para o paciente, mas também para gente. Antes da aids e no começo da epidemia, as seringa eram de vidro, as agulhas a gente reaproveitava e daí tínhamos que limpar, polir, não tinha fraldas descartáveis... tudo isso consumia mais da gente. E com a aids veio junto os financiamentos, a preocupação com as medidas de biossegurança, a chegada de equipamentos descartáveis para nossa segurança (AE2)*

*Começaram a chegar as luvas descartáveis, coisa que antes da aids não se tinha, era apenas as luva cirúrgica e usada para algumas situações. Nossos aventais e mascaras eram de pano, as seringas de vidro. E com o surgimento da aids, maior e mais interesses, políticas públicas surgiram para a*

*nossa segurança. Vejo tudo isso como ponto positivo para nós trabalhadores que passamos a ter uma prática de trabalho mais digna, segura (TE3).*

*Tudo antes da aids era reaproveitado, a gente tinha que lavar bem para retirar o sangue, ferver e depois ainda polir, era uma trabalhadeira e ainda colocava a gente em risco. E com a aids uma maior preocupação se teve com nós trabalhadores da saúde, é veio as políticas, normas, condutas de biossegurança, o incentivo ao uso dos materiais descartáveis e assim melhores condições de trabalho (TE4).*

*O Nereu sempre foi o primo pobre na Secretaria, mas daí com a aids, com os recursos financeiros, isso foi mudando. Então, percebo que a aids de certa forma trouxe um rejuvenescimento para o hospital. Começamos a receber materiais descartáveis, houve uma maior preocupação com a nossa segurança, com as nossas condições de trabalho (E2).*

*A aids trouxe melhorias de condições não só para o paciente, mas também para os funcionários. Vieram mais luvas, aventais, mascaras e descartáveis. Alias, as fraldas também passaram a ser descartáveis e isso foi ótimo para a enfermagem que ficava direto na higiene dos pacientes com quadros horríveis de diarreia (N1).*

Nota-se que com o surgimento da aids a maior preocupação foi dada pelas entidades governamentais, programas ministeriais à proteção dos trabalhadores da saúde, no âmbito da sua prática laboral. Pois até então, antes do surgimento da doença e no início da mesma, não era preconizado o uso dos equipamentos de segurança, inclusive da luva, sendo esta, utilizada apenas as cirúrgicas e para alguns procedimentos (GIR et al., 2005).

Além dos EPIs, outras estratégias de biossegurança à prática profissional dos trabalhadores da saúde foram apontadas como determinantes à melhoria das condições de trabalho, a destacar a *conduta quimioprofilática após acidente de trabalho* e a *vacinação*

*contra a hepatite B. Conforme demonstra as falas:*

*A vinda do protocolo para atendimento do trabalhador em caso de acidente, a indicação da vacina contra hepatite B foram avanços que repercutiram em mais segurança, melhoraram as nossas condições de trabalho. Lembro que implantamos a vacina da hepatite B na década de 90, lembro que foi bem antes de surgir a recomendação que preconizava 3 doses ao profissional de saúde (E2).*

*Com as políticas públicas voltadas à biossegurança dos trabalhadores da saúde, todos tiveram que seguir um protocolo de acompanhamento, monitoramento, quimioprofilaxia, quando indicada e também vacinação contra a hepatite B e tudo isso repercutiu em melhores condições para nós trabalhadores da saúde (E5).*

*Quando entrei no hospital já se tinha uma preocupação da secretaria de saúde com a nossa segurança, já haviam até implantado a vacina da hepatite B, depois veio o protocolo pós-acidente de trabalho. Então percebo que as políticas públicas, o financiamento em torno da aids foram importantes não só para o paciente, mas também para nós trabalhadores, que passamos a ser mais valorizado (E7).*

Os trabalhadores da saúde do HNR vivenciaram, ou melhor, usufruíram das políticas públicas em torno da aids ao longo da epidemia, tendo em vista que trabalharam, como ainda alguns destes trabalham em uma instituição considerada referência para o Estado de SC, no atendimento às doenças infecto contagiosas. Assim, normas, protocolos ministeriais acerca da temática aids e sobretudo à biossegurança dos trabalhadores foram rapidamente socializadas, no intuito de proporcionar melhores condições de trabalho.

Neste contexto, Milani et al. (2011) enfatizam a importância das políticas públicas na preconização do esquema completo para vacina contra hepatite B, assim como do protocolo de conduta pós acidente de trabalho, medidas de biossegurança estas, relevantes e necessárias, uma

vez que minimizam a possível transmissão do HIV, entre outras patógenos veiculados pelo sangue, quando na eventual ocorrência do acidente de trabalho com exposição ao material biológico contaminado.

Ainda com relação as políticas públicas influenciando na melhoria das condições de trabalho, o presente estudo abordou a subcategoria, **trabalho menos desgastante** pelos trabalhadores da saúde, que os perceberam e neste sentido apontaram a importância dos movimentos, reivindicações realizados na época à *contratação de mais funcionários, diminuição da carga horária*, e por sua vez menor sobrecarga. Conforme revela os relatos:

*Fizemos reivindicações para redução da carga horária, daí passamos de 40 para 30 horas e lembro que quem trabalhava na unidade de aids ganhava uma folga, porque era muito desgastante, eram poucos funcionários para muitos pacientes. (...) A redução dessas horas e a contratação de mais funcionários trouxe pra gente melhor condição de trabalho, menos sobrecarga (TE1).*

*O HNR era muito pobre, ninguém queria trabalhar lá, lembro que só tinha eu de enfermeira, uns 5 ou 6 técnicos e o resto era tudo atendentes. Era muito puxado, não é a toa que eu pedia mais enfermeiros, até que em 1984, chegou enfermeiras e ficamos em três, mas depois uma delas foi embora. E com a aids veio recursos, o hospital passou a ser lembrado, contrataram em 1988 mais enfermeiros, daí ficamos ao todo em nove. Puxa, a contratação de mais funcionários diminuiu a sobrecarga, melhorou nossas condições de trabalho (E1).*

*Era muito desgastante, poucos funcionários, daí para melhorar nossas condições de trabalho, fizemos reivindicações, lutamos pela folga mensal, pela redução da carga horária, até que fomos os primeiros a fazer 30 horas, na Secretaria de Estado da Saúde (E2).*

*Sem sobra de dúvida as condições de trabalho no Nereu melhoram ao logo da epidemia. A entrada de mais funcionários, principalmente da enfermagem e as conquistas pela redução da*

*carga horária diminuíram a sobrecarga de trabalho (M2).*

*Com o aumento de internação pela doença, houve a contratação de mais funcionários, inclusive eu entrei em 1988, com várias enfermeiras. E as enfermeiras que entraram junto com as que estavam foi muito importante para a conquista de folgas, redução da carga horária, por melhores condições de trabalho (P1).*

Percebe-se que com a demanda de pacientes com HIV/aids que aumentava a cada dia, além da ampliação de algumas instalações do hospital, também foi necessária a contratação de novos profissionais, principalmente da enfermagem para o atendimento das pessoas internadas pela doença.

Neste cenário, Borenstein et al. (2011) ressaltam a entrada das enfermeiras, em consequência ao surgimento da aids no HNR e o preponderante papel que tiveram no sentido de resolver a complexa problemática para um cuidado seguro, buscando soluções em relação a material, equipamentos e principalmente organização do serviço de enfermagem para atuar com segurança junto aos pacientes com HIV/aids. Concordamos com as autoras e complementamos ainda o importante papel desempenhado pelas mesmas em conjunto com a equipe de enfermagem e demais categorias profissionais à mobilização, reivindicações por melhores condições de trabalho, a partir de algumas transformações organizacionais, a destacar a diminuição da carga horária, a instituição de folgas nos aniversários, assim como o aumento da quantidade de profissionais para a enfermagem. Aproveitamos para ressaltar que por de trás destas lutas, reivindicações à conquista de um trabalho menos desgastante e mais seguro aos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids, permearam também políticas públicas com seus financiamentos, investimentos, voltados à assistência das pessoas acometidas pela doença.

Pois, as políticas públicas em torno da assistência às pessoas com HIV/aids repercutiram em melhorias nas condições de trabalho, tendo em vista que o acesso gratuito a *Terapia Antirretroviral* proporcionou *melhor sobrevida ao paciente*, que passou a *exigir menos dos trabalhadores*, principalmente da enfermagem, o que contribuiu para um ambiente de *trabalho menos desgastante*.

*A aids trouxe maior interesse do governo à*



*assistência dos pacientes e estas melhorias, o acesso ao tratamento repercutiu também positivamente para nós. O trabalho ficou menos desgastante, porque com o tratamento os pacientes ficavam menos graves (TE3).*

*O financiamento do governo, a vinda dos anti-retrovirais potentes aos pacientes fez com que melhorasse as nossas condições de trabalho. Porque com o tratamento, os pacientes ficavam menos graves e a sobrecarga era menor (AE3).*

*O tratamento com novas drogas anti-retrovirais melhoraram as condições dos pacientes, deixaram eles menos graves, o que influenciou na diminuição da carga de trabalho, principalmente dos técnicos e auxiliares de enfermagem que ficavam no cuidado direto (E8).*

A falta de respostas sobre o tratamento, a não existência da terapia com ARV no início da epidemia da aids ocasionou aos pacientes sérias complicações. Segundo Gir et al. (2005) tal situação vivenciada pelos trabalhadores da saúde, principalmente da enfermagem, exigiu mais e maior cuidado, atenção que somado a precariedade do início da epidemia gerou sobrecarga, deixou-os mais vulneráveis aos riscos de acidente de trabalho envolvendo exposição ao material orgânico possivelmente contaminado pelo vírus do HIV.

Entretanto, os avanços e as políticas públicas de acesso aos anti-retrovirais, na segunda metade da década de 1990, com uma nova fase do tratamento, caracterizado por esquemas combinados e de alta potência, marcou a história da aids (HALLAL et al., 2010). Às pessoas com a doença, o acesso gratuito a terapia antirretroviral aumentou a sobrevida e a qualidade de vida, e aos trabalhadores da saúde, sobretudo à enfermagem, a contratação de recursos humanos e a oferta dos anti-retrovirais proporcionou um **trabalho menos desgastante** e de certa forma **mais seguro**. Subcategorias estas apontadas pelos sujeitos do estudo, que em decorrência das políticas públicas de incentivo, investimento acerca da aids repercutiram na **melhoria de suas condições de trabalho**, ao longo da epidemia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar a vivência dos trabalhadores da saúde com relação a aids ao longo da epidemia. No entanto, cabe ressaltarmos que ao longo da história da aids, várias foram as políticas de saúde estruturadas e neste contexto, não há como deixar de mencionar o período histórico vivenciado no Brasil, pois com o fim da ditadura militar, um novo cenário político nacional passou a se apresentar, a partir das eleições presidenciais e da entrada de novos dirigentes políticos, sinalizando uma mudança significativa nas políticas de saúde em resposta à epidemia da aids.

Neste cenário, as pesquisas, os avanços e as políticas públicas em torno da aids, com seus financiamentos até então vivenciados, experienciados pelos trabalhadores da saúde, em muito contribuíram às percepções dos mesmos com relação a doença. Estes destacaram a mudança do perfil da epidemia, a melhoria da assistência às pessoas com HIV/aids, a partir da estruturação do HNR, do acesso a terapia antirretroviral, da melhoria aos meios de diagnóstico, assim como dos direitos aos pacientes, conquistados com a criação das ONGs, leis, portarias, comissões voltadas tanto à melhoria da assistência das pessoas com HIV/aids, quanto à organização dos serviços de prevenção e controle da epidemia.

Ainda com relação as políticas públicas acerca da aids, vale enfatizarmos a importância das mesmas à melhoria das condições de trabalho dos sujeitos do estudo ao longo da epidemia, caracterizado pela preocupação das entidades governamentais com a biossegurança dos funcionários, a ampliação dos serviços com a contratação de mais recursos humanos, assim como pelas lutas, reivindicações dos próprios trabalhadores da saúde, tradicionalmente militantes da saúde pública, por melhores condições de trabalho, enfim por um trabalho mais seguro e menos desgastante.

Pensamos ser possível concluir que o HIV/aids inaugurou uma nova forma de construir políticas públicas, pois apesar de ter provocado inúmeras mortes, no início da epidemia, a mesma ao ser reconhecida como um emergente problema de saúde pública, forçou a história da saúde a estabelecer diálogo com a sociedade e as políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

BARATA, G.F. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico**

apresenta a doença ao público (1983 a 1992). 2005. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BASTOS, F.I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 104 pp.

BOING, A.F.; LUNARDON, C. Tendência na mortalidade e na incidência da AIDS em Itajaí -SC: Análise do período 1990 e 2005. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 2, p. 59-65, 2009.

BORENSTEIN MS. et al. Hospital Nereu Ramos de Florianópolis/SC: o poder das enfermeiras e as transformações a partir de seus saberes (1977 – 1986). In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. (Org.).

**Enfermagem em Santa Catarina: recorte de uma história** (1900 - 2011). Florianópolis: Secco, 2011. p. 97-113.

\_\_\_\_\_. As fontes historiográficas em pauta: a História Oral e a pesquisa documental. In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. (Org.). **Enfermagem em Santa Catarina: Recorte de uma História** (1900 - 2011). Santa Catarina: Secco, 2011. p. 37-58.

BRASIL. **Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, 1996b. Disponível em:  
<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=1228644>> Acesso em: 06 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**, ano VIII, n. 01, 2010/2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:  
<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010\\_preliminar\\_pdf\\_34434.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf)>. Acesso em: 02 mar 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

**Acesso universal no Brasil:** cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas 2010. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/acesso\\_universal\\_brasil\\_port\\_pdf\\_68184.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/acesso_universal_brasil_port_pdf_68184.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). Department of Health and Human Services. Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. **Program Workbook Information about the workbook**, Atlanta, v. 54, n. 9, p. 1-17, 2005.

CHEQUER, P. **Aids vinte anos:** Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. História do Programa Nacional. Adaptado do texto original de Kenneth Camargo, 2005. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>> Acesso em: 12 out. 2011.

DARDE, V.W.S. A AIDS na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania. **Em Questão**, v. 10, n. 2, p. 247-259, 2004.

FONSECA, A.F. Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 743-749, 2010.

GIR, E. et al. O impacto da aids na prática de enfermagem: um problema de saúde pública. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 17, n. 1, p. 39-43, 2005.

GRANGEIRO, A. et al. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, supl, p. 2-12, 2006.

GRANGEIRO, A.; LAURINDO, S.L.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à aids

no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Pública**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

HALLAL, R. et al. Acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Tempus Actas em Saúde Coletiva**, p. 53-65, 2010. Disponível em:  
<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/793/780>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. São Paulo: UNICAMP, 2003.

MAIA, C.; GUILHEME, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

MALISKA, I.C.A. et al. Aids em SC: um histórico dos 25 anos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 147-156, 2011.

MEIRELLES, B.H.S. **Interdisciplinaridade**: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimento ao portador do HIV/Aids. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 143-151, 2006.

MENEZHIN, P. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da aids: o espectro do desespero contemporâneo. **Revista de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.399-415, 1996.

MILANI, R.M. et al. Imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 323-330, 2011. Disponível em:  
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a19.htm>>. Acesso: 06 mai. 2012.

MIRANDA, A.F.B. **História da AIDS em Santa Catarina**: características de uma epidemia. 2003. Dissertação (Mestrado em

Ciências Médicas), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MIRANDA, F.M.D'A.; JUNIOR, A.V.S.; PETRELI, S. et al. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 1018-1022, 2011.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584. 2005.

PEREIRA, V.C. **Hemoterapia**: uma história de luta pela vida. O imaginário sobre a doação de sangue e a contribuição serviço social. Monografia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: PASSARELLI, C.A. **AIDS e desenvolvimento**: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p.34-40.

RODRIGUES, L.S.A. et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Rev. Esc. enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 349-355, 2012.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **27 anos da epidemia de Aids: Uma História de Lutas, Avanços, Desafios e Conquistas**. 2011 Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/noticias/2011/Perfil\\_Aids\\_27\\_anos\\_Epidemia.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2011/Perfil_Aids_27_anos_Epidemia.pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2012.

SOUZA, B.M.B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J Manag Prim Health Care**, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010.

SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, suppl.1, p. 4-5, 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.; PINHEIRO, R.D.C. Análise dos

acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 332-339, 2011.





## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo é possível ratificarmos que a aids surpreendeu e estabeleceu novos valores e atitudes diante dos indivíduos acometidos pela doença, por parte da sociedade e também pelos próprios profissionais de saúde; demandou um modelo de profissional comprometido com o cuidado e com a cidadania; exigiu a busca pelo conhecimento, e sobretudo o compartilhamento deste conhecimento; modificou relações com o Estado e com as instituições, tanto no âmbito local, como nacional. Por fim, a aids revelou e multiplicou obstáculos, mas também muitas estratégias aos trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de um cuidado seguro junto aos paciente com a doença, ao longo da epidemia.

Diante disso, este estudo possibilitou resgatarmos na história, a evolução das práticas de cuidado, as estratégias de biossegurança, o conhecimento adquirido pelos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/aids internadas no HNR, nos primeiros anos da epidemia. História esta importante por resgatar, a partir das memórias dos trabalhadores, seu modo de ver, de sentir e compreender, mesmo que no presente, o surgimento assustador da aids e a influência desta epidemia na sua atividade laboral.

Os primeiros anos da epidemia no HNR por se tratar de uma doença incurável, para a qual não se conhecia sua real forma de transmissão e que se mostrava devastadora ao organismo infectado foi marcada por pânico, medo, fantasias negativas, sentimentos de morte anunciada. Associada ainda a tais sentimentos, as informações sobre a aids eram na maioria das vezes, produzidas de maneira preconceituosa e distorcida, como uma doença que não tinha cura, que levava à morte e era restrita a “grupos de riscos”, acometendo principalmente os homossexuais, UDI, profissionais do sexo, pessoas estas já estigmatizadas pela sociedade.

Como resposta a essa situação houve uma intensa mobilização da sociedade civil, incluso as pessoas com a doença e, sobretudo, profissionais da saúde militantes na época para realização de movimentos reivindicatórios à conquista dos direitos aos pacientes, assim como de redefinição dos princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas pelo vírus. Com as respostas sociais e políticas em torno da doença, muitas foram as mudanças estruturais e organizacionais vivenciadas, experienciadas pelos trabalhadores da saúde, as quais repercutiram tanto à melhoria da assistência as pessoas

com HIV/aids, que procuravam e/ou eram encaminhadas à instituição, quanto a melhoria das suas próprias condições de trabalho, ao proporcionarem um ambiente mais seguro e tranquilo.

No que se refere a melhoria da assistência e organização dos serviços às pessoas acometidas pela doença, o presente estudo, permite-nos ratificar que as políticas públicas de saúde, os avanços, as pesquisas em torno da aids tiveram um preponderante papel na estruturação do HNR, que até então antes mesmo do surgimento da epidemia, era uma instituição rejeitada pela sociedade e esquecida pelo governo. Outras ainda foram as melhorias decorrente das políticas públicas de saúde implantadas com o advento da epidemia, a destacar o acesso da terapia antirretroviral, o acesso precoce ao diagnóstico, assim como os direitos aos pacientes, conquistados a partir da criação das ONGs, leis, portarias, comissões voltadas à organização dos serviços e assistência das pessoas com a doença.

Em meio ao contexto político, econômico, social e histórico em que a aids surgiu e evoluiu, com seus avanços e pesquisas, o estudo evidenciou ainda o interesse do governo com as questões voltadas à saúde e segurança do trabalhador, a partir da implantação e implementação das políticas públicas de saúde com ênfase na biossegurança, prevenção dos possíveis riscos, sobretudo os biológico, no ambiente de trabalho. Haja vista que o surgimento da epidemia da aids foi determinante para que as entidades governamentais, pesquisadores e profissionais de saúde, pudessem repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade.

Desta forma, a percepção do trabalhador da saúde com relação ao risco biológico e vulnerabilidade mudou, no início da epidemia, o risco existia, porém não se conhecia a magnitude do problema, tendo em vista a falta de conhecimento sobre a real forma de transmissão do HIV. E ao longo da epidemia, apesar dos avanços, políticas públicas de saúde em torno da aids, o risco se manteve. Todavia, o trabalhador da saúde adquiriu conhecimento suficiente para saber que a probabilidade à ocorrência do mesmo, depende de suas atitudes, comportamentos, no que se refere a adesão das medidas de biossegurança no decorrer da sua prática laboral, assim como das situações de vulnerabilidade que os antecedem.

Neste contexto, a não adesão as medidas de biossegurança, a resistências aos uso dos EPIs, o manuseio inadequado dos materiais perfurocortantes, a sobrecarga de trabalho pela gravidade e/ou agressividade dos pacientes internados, associada a falta de recursos humanos, a jornada extenuante de trabalho, assim como a própria falta

de conhecimento sobre o real meio de transmissão do HIV, no início da epidemia, foram algumas das situações de vulnerabilidade, riscos vivenciadas e/ou presenciadas pelos trabalhadores da saúde no cuidado aos pacientes com HIV/aids. E neste cenário, a enfermagem, dentre as categorias profissionais entrevistadas, foi a que mais se expôs aos riscos, pois além de representar o maior contingente na instituição, encontra-se em contato direto com o paciente, realizando procedimentos invasivos com manuseio de objetos perfurocortantes envolvendo material biológico.

Frete a esta realidade vivenciada, primordialmente no início da epidemia, os trabalhadores da saúde tiveram que voltar mais atenção as suas próprias práticas de cuidado junto ao paciente, principalmente quando envolviam o contato com sangue, dentre outros fluidos corpóreos. Tão logo, estratégias de biossegurança foram sendo adaptadas e/ou desenvolvidas pelos trabalhadores, na busca de um processo de trabalho adequado, a exemplo do descarte dos materiais perfurocortantes, que antes da aids eram desprezados em lixo comum e com o surgimento da epidemia passaram a ser descartados inicialmente em recipiente resistente, trazidos pelos próprios funcionários, até a padronização das caixas de perfurocortantes.

Nesta perspectiva, além da adoção das medidas de biossegurança como prática para um processo de trabalho mais seguro e adequado, os trabalhadores da saúde tiveram que ultrapassar barreiras do medo, receio, preconceito, diante do cuidado do paciente com uma doença até então desconhecida. Para tanto foi preciso estudar, buscar conhecimento sobre a real forma de transmissão do vírus do HIV, e sobretudo, compartilhar tal conhecimento entre os profissionais da saúde do HNR e demais instituições de SC, pois quando se conhece aquilo com que se trabalha o sentimento de proteção, tornava-se mais presente.

Entretanto, considerando que o caminho que pôde levar o trabalhador da saúde a submeter-se ao acidente de trabalho com exposição ao material biológico possivelmente contaminado pelo HIV foi determinado por um conjunto de condições, individuais e institucionais, dentre estes o comportamento inadequado foi apenas um deles. Não há como pensar intervenções e/ou medida de prevenção voltada somente ao trabalhador, sem considerar as situações que interferem em seu comportamento privado e sem acessar os elementos externos, tais como políticos, econômicos, culturais e principalmente dos gestores das instituições de saúde, que podem apoiar e direcionar os trabalhadores, numa perspectiva de maior ou menor auto-proteção.

Desta forma, mais que mudanças de atitudes, comportamentos

pelos trabalhadores da saúde, ao longo da sua prática laboral, foi de suma importância a responsabilidade e principalmente a participação dos gestores, da instituição na re(organização), estruturação do serviço, tendo em vista um processo de trabalho mais seguro e menos desgastante. Neste estudo a preocupação com o trabalho mais seguro, em consequência ao surgimento da aids, caracterizou-se pelas políticas públicas voltadas às medidas de biossegurança, a partir da implementação dos materiais descartáveis, sobretudo dos EPIs, da quimioprofilaxia após acidente de trabalho, assim como pela implantação da imunização contra hepatite B. E, o trabalho menos desgastante, influenciando na melhoria das condições de trabalho, deu-se pela contratação de mais funcionários, principalmente da enfermagem; diminuição da carga horária e a oferta, acesso a terapia antirretroviral e as infecções oportunistas, a qual ampliou a sobrevivência dos pacientes, que por sua vez, passaram a exigir menos dos trabalhadores da saúde.

Contudo, os resultados desta tese permite-nos compreender que o conhecimento, as estratégias de biossegurança e a evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde as pessoas com HIV/aids foram influenciadas pelos avanços científicos sobre a doença, pelo contexto político, econômico, social e histórico em que a aids surgiu e evoluiu, assim como, pela expansão das políticas públicas de saúde, acerca da aids ao longo da epidemia. E percorrer o caminho em busca desta compreensão exigiu de nós, enquanto pesquisadoras, muito estudo, disciplina, dedicação, tempo e, sobretudo perseverança.

Ao finalizar o estudo é importante destacarmos ainda que o mesmo possibilitou que os trabalhadores da saúde, a partir de suas memórias, lembranças elucidassem suas vivências, o momento histórico da epidemia da aids no HNR e neste contexto, o cuidado prestado aos pacientes internados pela doença. Assim, mais que dar visibilidade aos trabalhadores da saúde, o estudo pretende trazer uma contribuição à produção do conhecimento ao acrescentar novos ângulos, aprofundamentos e perspectivas, sobretudo à evolução das práticas de cuidado exercida pelos trabalhadores da saúde às pessoas com HIV/aids. Nesta perspectiva, ambos, tanto a linha de pesquisa História em Saúde e Enfermagem, como o Grupo da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina são fortalecidos.

Ademais, as facetas desveladas no transcorrer deste estudo, através do resgate da história oportunizará aos gestores, ao HNR e

consequentemente aos trabalhadores que estão na ativa, a possibilidade de (re)planejar estratégias que vão além apenas de evitar os acidentes de trabalho com material biológico e sim de promover a qualidade de vida, a segurança no ambiente de trabalho. Uma vez que a nova história, permite-nos olhar para o passado, refletir sobre o presente e alçar vôo para o futuro.



## REFERÊNCIAS

ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Abia, 20 anos de luta. 20 anos de solidariedade. **Boletim Abia**, São Paulo., n. 55, p. 3, 2007.

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 2.ed. rev. atual. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ALMEIDA, I.M. **Acidentes de trabalho**: pontos para uma agenda de discussão e estudos. In: Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro. SIMBRAST, 2007.

ALMEIDA, C.A.F.; BENATTI, M.C.C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.1, p.120-126, 2007.

AMORIM, G.R. **Outsiders do bairro Trindade**: “pacto da morte” ou “ganguê da Aids?” Para além da construção de um episódio (Florianópolis, 1987). Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

ANDREOTTI, M. **Sistema de vigilância de acidentes de trabalho**. 2007. Disponível em:  
<<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/SIVAT>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

ANJOS, M.F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Rev Bras Bioética**, SBB, v. 2, n. 2, p. 173-186, 2006.

AYRES, J.R.C.M. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1866-1867, 2011.

\_\_\_\_\_. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2002.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R.(org.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p.50-71.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

ARNEY, L.; FERNANDES, M.; GREEN, J.N.. Significados sociais da homossexualidade masculina na era Aids. **Cad. Arquivo Edgar Leuenroth**, v.10, n. 18/19, 2003.

AUGUSTO, L.G.S. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.10, p. 2071-2072, 2011.

BAKKE, H.A.; ARAUJO, N.M.C. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. **Produção**, v. 20, n.4, p.669-676, 2010.

BANCO MUNDIAL. Projeto Brasil. **Primeiro e segundo projetos de controle de AIDS e DST: relatório de avaliação de desempenho de projeto**. Washington DC: Banco Mundial, 2004.

\_\_\_\_\_. Projeto Brasil. **Projeto de Controle de Aids e DST III**, 2000. Disponível em:  
<[http://obancomundial.org/index.php?action=/content/view-projeto&cód\\_object=1624](http://obancomundial.org/index.php?action=/content/view-projeto&cód_object=1624)>. Acesso em: 04 abr. 2011.

BARATA, G.F. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992)**. 2005. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARBOSA JUNIOR, A. et al. Tendências da epidemia de aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 727-737, 2009.

BARBOSA, L.M.; SAWYER, D.O. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 241-257, jul./dez. 2003.

BARBOZA, R. **Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no**



período de 1994 a 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARCHIFONTAINE, C.P. Vulnerabilidade e cuidados. In: BARCHIFONTAINE, C.P. ; ZOBOLI, E.L.C.P.(org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida-SP: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 77-92.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARRA, D.C.C.. et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 831-836, 2010.

BASTOS, F.I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 104 p.

BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p. 65-76, 2000.

BASTIANI, J.A.N. **Trajetória Histórica da Aids em Florianópolis (1986-2006)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BASTIANI, J.A.N. et al. Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: ocupação e status socioeconômico ocupacional (1986-2006). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.3, 2012.

BOING, A.F.; LUNARDON, C. Tendência na mortalidade e na incidência da AIDS em Itajaí -SC: Análise do período 1990 e 2005. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.38, n.2, p.59-65, 2009.

BORBA, P.K. **Aspectos da vulnerabilidade para HIV/AIDS em mulheres profissionais do sexo infectadas-Guarapuava-PR**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem/USP, Ribeirão Preto, 2005.

BORENSTEIN, M.S.; RIBEIRO, A.A. de A.; PADILHA, M.I.C.S. Hospital Nereu Ramos: as condições de trabalho do pessoal de enfermagem (1943-1960). In: BORENSTEIN, M.S.(Org.). **Hospitais da Grande Florianópolis**: fragmentos de memórias coletivas (1940- 960). Florianópolis: Assembléia Legislativa de Santa Catarina, 2004. p. 49-61.

BORENSTEIN, M.S. et al. Hospital Nereu Ramos de Florianópolis/SC: o poder das enfermeiras e as transformações a partir de seus saberes (1977- 986). In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. (Org.). **Enfermagem em Santa Catarina**: recorte de uma história (1900 - 2011). Florianópolis: Secco, 2011. p. 97-113.

\_\_\_\_\_. As fontes historiográficas em pauta: a História Oral e a pesquisa documental. In: BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. (Org.). **Enfermagem em Santa Catarina**: recorte de uma história (1900 - 2011). Florianópolis: Secco, 2011. p. 37-58.

BRANDÃO, J.P.S. **Biossegurança e AIDS**: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n.º 291 de 17 de junho de 1992**. Inclui e normatiza no SIH/SUS procedimentos referentes a tratamento da AIDS. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/>> Acesso em: 21 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, 1996b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=122864>>. Acesso em: 06 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditores do SUS. **Portaria nº 1.100, de 24 de maio de 1996**. Doenças de Notificação Compulsória. Brasília: Ministério da Saúde, 1996c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei estadual Nº 11.063, de 28 de dezembro de 1998.** Autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências. Brasília: MS, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil:** as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada. Anexo II – O perfil dos SAE 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ>> Acesso: 10 set. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Caderno de Saúde do Trabalhador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/Caderno%20ST%20-%20Legisla%E7%E3o.pdf> Acesso em: 12 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Portaria n.º 2313/GM Em 19 de dezembro de 2002.** Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/7354-2313.html?q=> Acesso em: 10 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Coordenação Nacional de DST/Aids.** A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material Biológico: HIV e hepatites B e C.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível <[http://www.unigranrio.br/biosseguranca/manuais/RECOMENDAxES\\_PARA\\_ATENDIMENTO\\_E\\_ACOMPANHAMENTO\\_HIV\\_e\\_Hepatites\\_B\\_e\\_C.pdf](http://www.unigranrio.br/biosseguranca/manuais/RECOMENDAxES_PARA_ATENDIMENTO_E_ACOMPANHAMENTO_HIV_e_Hepatites_B_e_C.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 777/04/GM, de 28 de abril de 2004.** Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços

sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº. 485, de 11 de novembro de 2005**. Norma Regulamentadora 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf)>. Acesso: 06 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Conduta na exposição ao material biológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_expos\\_mat\\_biologicos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 204**. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 334, de 08 de junho de 2007**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e carga viral Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. Série Manuais. N. 02 - 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Serviços de assistência ambulatorial em DST/HIV e Aids e Serviços de assistência especializada em DST/HIV e Aids (SAE)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Lei nº 6.514, 22 de Dezembro de 1977. **Manual de segurança e medicina do trabalho**. 63 ed. São Paulo: Atlas, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil: Cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas 2010**. Brasília: MS, 2010a. Disponível em:  
<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/acesso\\_universal\\_brasil\\_port\\_pdf\\_68184.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/acesso_universal_brasil_port_pdf_68184.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTAs do Brasil**. Brasília: MS, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Ano VIII N. 01 – 26ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:  
<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010\\_preliminar\\_pdf\\_34434.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf)>. Acesso em: 02 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Projeto **AIDS SUS-2011-2014**. Manual operacional. Brasília: MS, 2011b.

BREVIDELLI, M.M.; CIANCIARULLO, T.I. Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 780-786, 2002.

BUCHALLA, C.M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista Saúde Pública**, v.36, n.4, p.117-119, 2002.

BUENO, Rodrigo Poreli M. História e Memória: Perspectivas Sócio-Culturais. **História e-História**, v. único, p. 01-08, 2011. Disponível <[http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=139#\\_ftnref1](http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=139#_ftnref1)>. Acesso em: 12 mai. 2012.

BURKE, Peter. **A Escola dos Annales (1929-1989):** A revolução francesa da historiografia. São Paulo: UNESP, 1997.

CAMARGO, T.B.; LACERDA, M.R.; SARQUIS, L.M. Self-care and accident with biological waste: grounded theory. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2797>>. Acesso em: 03 set. 2011.

CANINI, S.R.M.S. et al. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n.5, p. 818-23, 2008.

CANINI, S.R.M.S.; GIR, E.; MACHADO, A.A. Accidents with potential hazardous biological material among workers in hospital supporting services. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.4, p.496-500, 2005.

CANINI, S.R.M.S.; REIS, R.B.; PEREIRA, L.A. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.6, p. 940-45, 2004.

CARDOSO, A.C.M.; FIGUEIREDO, R.M. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p.73-78, 2010.

CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Coletiva**, v.19, n. 2, p. 157-163, 2011.

CARVALHO, N.J. O protagonismo das pessoas vivendo com HIV/Aids no combate à epidemia. **Com Ciência Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**, n. 76, mai. 2006. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=13&id=109>>. Acesso em: 3 nov. 2011.

CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.1, p. 61-69, 2006.

CARVALHO, C.M.L.; GALVÃO, M.T.G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n.1, p. 90-97, 2008.

CASTANHA, A.R.; MACHADO, A.; FIGUEIREDO, M.A.C. Consequências biopsicossociais do acidente ocupacional com material biológico potencialmente contaminado: perspectiva de pessoas do convívio íntimo do profissional da saúde. **Rev. SBPH**, v.10, n. 1, p. 65-84, 2007.

CASTIEL, L.D. Lidando com o risco na era midiática. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.113-33.

CASTRO-SILVA, C.R.; HEWITT, W.E.; CAVICHIOLI, S. Igualdades e dessimetrias: a participação política em ONGs HIV/aids do Canadá e do Brasil. **Psicol. Soc.**, v.19, n.2, p.79-88, 2007.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Department of Health and Human Services. **Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis**. Program Workbook Information about the workbook. Atlanta, v.54, n.9, p.1-17, 2005.

CESPEDES, L.D.M. et al. Estudo da adesão de trabalhadores com acidentes de trabalho notificados. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.2, p. 245-249, 2010.

CHEQUER, P. **Aids vinte anos**: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. História do Programa Nacional. Adaptado do texto original de Kenneth Camargo, 2005. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>> Acesso em: 12 out. 2011.

CHIODI, M.B.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.4, p. 632-638, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8a ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CIESIELSKI, C.A.; METLER R.P.; FLEMING, P.L. Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 24, n. 2, p. 86-92, 2003.

COLEMAN, C.H. Vulnerability as a regulatory category in human subject research. **J Law Med Ethics**. v.37, n.1, p.12-18, 2009.

CORDEIRO, R. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, SP, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.2, p. 263-272, 2005.

COSTA, N.R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**: Origens das políticas de saúde no Brasil. 2º Ed. Petropolis: Vozes/Abrasco, 1986.

COSTA, R. et al. La contribución de la Enfermería brasileña para la producción de conocimiento sobre el SIDA. **Index de Enfermería**, v. 18, n.1, 2009 Disponível: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n1/6835.php>>. Acesso em: 12 out. 2011.

COSTA-COUTO, M.H. **A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS**. Tese (Doutorado em Medicina), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.

COUTO, M.H. **Brasil**: A Estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS e sua integração com o Sistema Único de Saúde. 2009. Disponível em <[portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task...](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task...)>. Acesso em: 07 out.2011.

CUNHA, M.S. **O impacto da AIDS nas relações sociais dos profissionais de saúde**: o estigma, a impotência e o medo da morte. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção), Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

DARDE, V.W.S. A AIDS na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania. **Em Questão**, v. 10, n.2, p. 247-59, 2004.

DATA SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**



(CNES). Disponível em:

<[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 05 jun. 2012.

DECS. Descritores de Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

DELFINO, R. Cidade amendontrada com a aids. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 25 de outubro 1987, p.21.

DIAS, E.C. Saúde do trabalhador. In: TODESCHINI, R.(org.). **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical**. São Paulo: FUNDACENTRO, 1996.

DOMINGUES, R.C. Notas sobre os aspectos psicossociais do diagnóstico anti-HIV: uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção e assistência a partir da prática do aconselhamento. In: SZAPIRO, A.M.(org.). **Centro de testagem e aconselhamento: integrando prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev. Saúde Pública**, v.40, supl., p.9-17, 2006.

EI-FAR, F.; RICHTMANN, R. **Acidente ocupacional com material biológico: uma emergência médica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.4, p.517-525, 2008.

FAÇA. FUNDAÇÃO AÇORIANA PARA O CONTROLE DA AIDS. **Histórico 03 de maio de 2008**. Disponível em:

<[http://www.faca.org.br/n/index.php?option=com\\_content&task=view&id=83&Itemid=36](http://www.faca.org.br/n/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=36)>. Acesso em 03 fev. 2011.

FACCHINI, L.A . Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out/dez. 2005.

FAUSTO, N.A. **Comunicação & Mídia Impressa: estudo sobre a**

AIDS. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

FERREIRA, CT; SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev Bras Epidemiol**, v.7, n.4, p. 473-487, 2004.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3a. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FINCKLER, D.M. **O impacto da AIDS na organização do trabalho de uma unidade hospitalar**: a complexidade, a centralização e a formalização. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção), Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

FONSECA, A.F. **Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde**: uma busca pela integralidade da atenção. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FONSECA, M.M.R. Profilaxia pós-exposição a material biológico para profissionais da saúde. In: MELLO, H.R.L. et al. **Conduta em doenças infecciosas**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

FONSECA, M.G.; BASTOS, F.I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, suppl.3, p.333-343, 2007.

GABRIEL, R.; BARBOSA, D.A.; VIANNA, L.A.M. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/aids na unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.4, p.509-513, 2005.

GALLAS, S.R.; FONTANA, R.T. Biossegurança e a equipe de enfermagem na unidade de cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.63, n.5, p.786-792, 2010.

GALON, T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P. Acidentes de trabalho com material biológico em hospital universitário de São Paulo. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v.10, n.3, p.673-85, 2008.

GALON, T.; MARZIALE, M.H.P.; SOUZA, W.L. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 64, n.1, p. 160-167, 2011.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

GAPA. **Ata da Assembléia Geral Extraordinária de Formação do Grupo de Apoio a Prevenção a Aids de Florianópolis**. Florianópolis: GAPA, 1987. Acervo do GAPA. Consulta em: 04 novembro 2010.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n.4, p. 743-749, 2010.

GERSHON, R.R. et al. Home health care registered nurses and the risk of percutaneous injuries: a pilot study. **Am J Infect Control**, v.36, n.3, p.165-172, 2008.

GIR, E. et al. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.38, n.3, p.245-253, 2004.

\_\_\_\_\_. Alteração na prática profissional de enfermeiros de um hospital de ensino do interior paulista, em consequência ao surgimento do HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.21, n.2, p. 37-54, 2000.

\_\_\_\_\_. Acidente com material biológico e vacinação contra hepatite B entre graduandos da área da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.3, p. 401-406, 2008.

\_\_\_\_\_. O impacto da aids na prática de enfermagem:Um problema de saúde pública. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v.7, n.1, p.39-43, 2005.

GILBERT, M.T. et al. The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond. **Proc Natl Acad Sci U S A**, Washington, v.20, n.104, p. 1856-70, 2007.

GIRONDI, J.B.R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 12, n.1, p. 20-72, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a03.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

GUBERT, E.; PRADO, M.L. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v.13, n.2, p. 285-295, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a15.htm>>. Acesso em: 08 jan. 2012.

GUILARDE, A.O. et al. Acidentes com material biológico entre profissionais de hospital universitário em Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**, v.39, n.2, p. 131-136, 2010.

GOMES, A.M.T. et al. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n.1, pp. 111-120, 2012.

GRANGEIRO, A. et al. Avaliação de estratégias do Ministério da Saúde para incentivar a resposta municipal a AIDS no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, suppl.1, p. 114-128, 2011.

\_\_\_\_\_. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.3, p.430-41, 2010.

\_\_\_\_\_. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n.supl, p. 2-12, 2006.

GRANGEIRO, A.; LAURINDO, S.L.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panam. Salud Pública**, v.26, n.1, p. 87-94, 2009.

GRANGEIRO, A.; FERRAZ, D.(Orgs.) **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para a Equidade e o Acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

GUEDES, Jenifer Adriana Domingues. **Memórias dos profissionais de**

**enfermagem do Hospital Nereu Ramos em época de aids (1986 – 1996).** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GUIBU, I.A. et al. Sobrevida de pacientes com AIDS das regiões Sudeste e Sul do Brasil: análise da coorte de 1998 a 1999. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, suppl.1, p. s79-s92, 2011.

HALLAL, R. et al. . Acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. Revista **Tempus Actas em Saúde Coletiva**, p. 53-65, 2000. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/793/780>> Acesso em: 26 abr. 2012.

HINRICHSEN, S.L. **Biossegurança e controle de infecções: Risco sanitário Hospitalar.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Estimativa da População 2010.** Brasília: IBGE, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 04 dez. 2010.

JONATHAN, M. M.; TARANTOLA, D.J.M. **AIDS in the World.** ABIA, 1993, 321p.

JUNGES, J.R. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE, C.P.; ZOBOLI, E.L.C.P.(orgs.) **Bioética, vulnerabilidade e saúde.** Aparecida- SP: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo, 2007. p.139-57.

KOERICH, M.S. et al. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. **OBJN**, v.5, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/564/129>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

KOTTOW, M.H. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. **Bioética: poder e injustiça.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2003. p. 71-8.

LAGO, M.A. **Da marginalidade à tolerância:** reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

LE GOFF, J. **A história nova.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

\_\_\_\_\_. **História e memória.** 5. ed. São Paulo: UNICAMP, 2003.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIEBER, R.R.; ROMANO-LIEBER, N.S. Conceito de risco: Janus reinventado. In: MINAYO M.C.S.; MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável:** estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2002. p. 69-111.

LIEBER, R.R.; ROMANO-LIEBER, N.S Fatores humanos nos acidentes de trabalho sob a perspectiva tecnológica: Causa ou risco? In: **Seminário de pedagogia institucional, I**, UERJ-NUPPI, Petrobrás. Rio de Janeiro: Brasil, 2004. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2005/lie001.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2010.

LOHN, L. G. **Ação educativa em saúde:** estudo de caso em centros de testagem e aconselhamento. Dissertação (Mestrado em Educação Científica e Tecnológica), Pós Graduação em Educação Científica e Tecnológica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LOPES, L.P. et al. Exposições acidentais com material biológico potencialmente contaminado envolvendo graduandos de enfermagem do último ano. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v.13, n. 4, p. 751-757, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a21.htm>>. Acesso: 30 mai. 2012.

LOUREIRO, L.A. et al. Adesão de profissionais de enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v.11, n.2, p.303-308, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a10.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

LOURENÇO, E.Â.S.; BERTANI, Í.F. Saúde do trabalhador no SUS:

desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p.121-134, 2007.

LUHMANN, N. **Risk: a sociological theory**. New Jersey: Transaction Publishers, 2008.

MACHADO, R.R.; FLÔR, R.C.; GELBCKE, F.L. Educação permanente: uma estratégia para dar visibilidade aos riscos físicos e biológicos. **Rev. Saúde Públ.**, v.2, n.1, p. 30-40, 2009.

MAGAGNINI, M.M.A.M.; ROCHA, A.S.; AYRES, J.A. O significado do acidente de trabalho com material biológico para os profissionais de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 302-308, 2011.

MAIA, P.R.D. **A qualidade de vida de uma equipe de saúde no atendimento a pessoas que vivem com HIV**: ressignificando a subjetividade nas interações. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção), Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

MAIA, C.; GUILHEME, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.2, p.242-248, 2008.

MALISKA, I.C.A. **A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC**: um estudo do período de 1986 a 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MALISKA, I.C.A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Rev Gaucha de Enfermagem**, v.30, n.1, p.85-91, 2009.

\_\_\_\_\_. Aids em SC: um histórico dos 25 anos. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.2, p. 147-56, 2011.

MALTA, M.S. **Usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS**: análise de fatores associados à sobrevida e à aderência ao tratamento. Tese (Doutorado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde

Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 276-300.

MARQUES, M.C.C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde–Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

MARZIALE, M.H.P.; NISHIMURA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 36-42, 2004.

MARZIALE, M.H.P.; RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.4, p. 571-577, 2002.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MEIHY, J.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

MEIRELLES, B.H.S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 68-76, jul./set, 2010.

MEIRELLES, B.H.S. Universidade Federal de Santa Catarina. **Viver saudável em tempos de aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2003.

\_\_\_\_\_. **Interdisciplinaridade: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimento ao portador do HIV/AIDS**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.



MENEZHIN, P. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da aids: o espectro do desespero contemporâneo. **Revista de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.399-415, 1996.

MELO, H.R.L.; AZEVEDO, R.V. Conduta nos pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. In: FIGUEIRA et al. **Condutas em clínica médica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

MELQUIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1, p. 143-151, 2006.

MILANI, R.M. et al. Imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 323-330, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a19.htm>>. Acesso: 30 jan. 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hubitec, 2004.

MIRANDA, A.F.B. **História da AIDS em Santa Catarina**: características de uma epidemia. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MIRANDA, F.M.D.A.; JUNIOR, A.V.S.; PETRELI, S. et al. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos **Rev. Esc. enferm. USP**, v.45, n.4, p.1018-1022, 2011.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar **Rev. Bras. Enfermagem**, v.59, n.6, p.661-665, 2006.

MONTEIRO, C.M.; BENATTI, M.C.C.; RODRIGUES, RC..M. Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v.17, n.1, p.101-107, 2009.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W.V.; KNAUTH, D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.1, p. 170-176, 2012.

MOREIRA, C.A.C.; MORALES, F.R.M. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 368-372, 2010.

MOTTA, R. Sociologia de risco: globalizando a modernidade reflexiva. **Sociologias**, v.11, n.22, p.384-96, 2009.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, 2011.

NAPOLEÃO, A.A. et al. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.8, n.3, p. 119-120, 2000.

NASCIMENTO, D.R. **As pestes do século XX**: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. ONGs criam uma trincheira de luta contra a doença. **Ciência Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**, n. 76, maio 2006.

Disponível em:

<<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=13&id=107>>. Acesso em: 3 set. 2011.

\_\_\_\_\_. Um caminho positivo: Enfrentando o estigma da AIDS. In: NASCIMENTO, D.R.; CARVALHO, D.M.(org.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 323-333.

NATIVIDADE, J.C.; CAMARGO, B.V. Elementos caracterizadores das representações sociais da aids para adultos **Temas psicol.**, v.19, n.1, 2011.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.3, p. 606-613, 2011.

NEVES, C.L.R. et al. Os cuidados de enfermagem ao cliente com HIV/Aids em um hospital universitário na década de 1980. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**, v. 1, n. 2, p. 299-316, 2009.

NEVES, H.C.C. et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, p. 354-361, 2011.

NEVES, M.C.P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Rev Bras Bioética**, v.2, n.2, p.157-72, 2006.

NEMES, M.I.B. et al. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n.51, p.1-8, 2009.

NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi; GIR, Elucir; TAKAHASHI, Renata Ferreira; CIOSAK, Suely Itsuko. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 38, n.1, p. 61-70, 2004.

NICHIATA, L.Y.I. et al. A utilização do conceito vulnerabilidade pela enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.16, n.5, p.923-928, 2008.

\_\_\_\_\_. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n.spe2, p. 1769-1773, 2011.

NORA, P. Entre memória e história: a problemática dos lugares. **Projeto História**: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC-SP, São Paulo: PUC, n. 10, p. 7-28, dez. 1993.

NORTVEDT, P. Subjectivity and vulnerability: reflections on the foundation of ethical sensibility. **Nurs Philosophy**, v.4, n.3, p.222-30, 2003.

OLIVEIRA, L.M.L. Memórias e experiências: desafios da investigação histórica. In: FENELON, D.R. et al. (Org.). **Muitas Memórias, Muitas Histórias**. São Paulo: Olho d' Água, 2004. p. 263-281.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise da produção de conhecimento sobre o

HIV/AIDS em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.15, n.4, p.654-662, 2006.

OLIVEIRA, A.C.; LOPES, A.C.S.; PAIVA, M.H.R.S. Occupational accidents due to exposure to biological material in the multidisciplinary team of the emergency service. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.3, p.677-683, 2009.

OLIVEIRA, A.C.; CARDOSO, C.S.; MASCARENHAS, D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.5, p. 625-631, 2009.

ONUSIDA. **El sida es un asunto de todos ONUSIDA y las empresas:** Trabajando juntas reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida: recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países. Ginebra, 2009. 22 p.

\_\_\_\_\_. **Informe sobre La epidemia mundial de sida, 2008:** resumen de orientación. Ginebra, 2008. 36 p.

ORTIGA, A. M. B.; CONILL, L. M. Municipalização da Saúde: a trajetória no Estado de Santa Catarina. **R. Saúde Públ. Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jul, 2009.

PADILHA, M.I.C.S. As representações da história na prática cotidiana atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.3, p.443-54, 1999.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. O método da pesquisa histórica na Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n. 4, p. 575-84, 2005.

PAIVA, M.H.R.S.; OLIVEIRA, A.C. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profissionais do atendimento pré-hospitalar. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 64, n.2, p. 268-273, 2011.

PALMA, A.; MATTOS, U.A.O. Contribuições da ciência pós normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **Hist Ciênc Saúde**

**Manguinhos**, v. 8, n.3, p. 567-590, 2001.

PARKER, R.G. **A aids no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. ABIA, IMS/UERJ, 2002.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia, teoria e prática. In: PEREIRA, M.G. **Doenças infecciosas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1975. p. 419-48.

PEREIRA, A.L.; NICHATA, L. Y. I. The civil society against aids: collective demands and public policies. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n. 7, p. 3249-357, 2011.

PEREIRA, V.C. **Hemoterapia**: uma história de luta pela vida. O imaginário sobre a doação de sangue e a contribuição serviço social. Monografia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

PERES, F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.113-33.

PINHO, M.C.G. Trabalho em Equipe de Saúde: limites e possibilidade de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v.8, p. 68-87, 2006.

PIRES, D.E.P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.2, p. 373-379, 2010.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PORTELA, M.C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, supl., p.70-79, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de **Turismo, cultura e esporte**. 2011a. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis. Diretoria de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. A aids

em Florianópolis. **Boletim informativo**, 2011b. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=vigilancia+epidemiologica>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis. **População de Florianópolis por Distrito Sanitário**. 2012. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades\\_saude/populacao/uls\\_2011\\_index.php](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2011_index.php)>. Acesso em: 07 jan. 2012.

QUEIROZ, I.S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Acidentes ocupacionais e profilaxia anti-retroviral, após exposição ao HIV**. Prática Hospitalar. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

RAPPARINI, C. Controle de Riscos biológicos e acidentes com perfurocortantes. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Seminário Estadual de Hospitais Saudáveis**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/2ACONT~1.PDF>>. Acesso em: 18 out. 2010.

RAPPARINI, C. et al. Occupational exposures to bloodborne pathogens among healthcare workers in Rio de Janeiro, Brazil. **J Hosp Infect**, v. 65, n. 2, p.131-137, 2007.

REIS, R.K. et al. Sintomas de depressão e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.4, p. 874-881, 2011.

RIBEIRO, L.C.M. et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n.2, p. 325-332, 2010.

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: PASSARELLI, C.A. **AIDS e desenvolvimento**: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p.34-40.  
RODRIGUES, L.S.A. et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n.2, p. 349-355,

2012.

ROUSSO, H. A memória não é mais o que era. In: FERREIRA, M.M.; AMADO, J. (org.). **Usos & Abusos da História Oral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002. p. 92-101.

SABROZA, P.C.; KAWA, H.; CAMPOS, W.S.Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. **J Hosp Infect.**, v.65, n.2, p.131-137, 2007.

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. & Saúde Col.**, v.12, n.2, p.319-24, 2007.

SANT'ANA, A. Biossegurança no Brasil: A necessidade de uma política consciente. In: TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 27-40.

SANTA CATARINA. **Anais do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis. 30/06/93 a 02/07/93**. Organização: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Programa Nacional de Controle da DST/Aids – MS. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1993.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **Planejamento Estratégico de Santa Catarina: Relatório de Análise de Situação e Resposta**. Florianópolis, 2000. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/cidadao/de\\_olho\\_na\\_saude/aids/RELATO\\_RIO\\_PLANEJAMENTO ESTRATEGICO\\_SC.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/cidadao/de_olho_na_saude/aids/RELATO_RIO_PLANEJAMENTO ESTRATEGICO_SC.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Nereu Ramos. **Núcleo Hospitalar de Epidemiologia**. Boletim Epidemiológico: julho a dezembro de 2006. Florianópolis, ano I, n.1, 2007. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/informativo\\_epidemiologico/BOLETIM\\_EPIDEMIOLOGICO-HNR-revisado\\_2.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/informativo_epidemiologico/BOLETIM_EPIDEMIOLOGICO-HNR-revisado_2.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Administração. **Manual de prevenção e controle de acidente em serviço decorrente de exposição a material**

**biólogo.** Florianópolis: SEA, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **A epidemia de AIDS em Santa Catarina:** Tendências e Desafios. 2009a. Disponível em:

<[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/noticias/2009/Situacao\\_da\\_AIDS\\_em\\_SC\\_ate\\_2008.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2009/Situacao_da_AIDS_em_SC_ate_2008.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **Plano de Ações e Metas.** 2009b. Disponível em:

<[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/noticias/2009/PAM\\_AIDS\\_2009.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2009/PAM_AIDS_2009.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS.

**Informativo Epidemiológico,** Ano VIII, n. 02, 2010a. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/informativo\\_epidemiologico/Informativo\\_epidemiologico\\_2010-2.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/informativo_epidemiologico/Informativo_epidemiologico_2010-2.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **O perfil epidemiológico da AIDS em Santa Catarina.** Ed. Atualizada.

Florianópolis: DIOESC, 2010b. 128 p. Disponível em:

<[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/livros\\_artigos/Perfil\\_Epidemiologico\\_AIDS\\_2010.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/livros_artigos/Perfil_Epidemiologico_AIDS_2010.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Serviços de saúde. Hospitais. **Hospital Nereu Ramos: Histórico.** 2010c. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hospitais/hnr/historico.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Serviços de saúde. Hospitais. **Hospital Nereu Ramos: Serviços Prestados.** 2010d. Disponível em:

<[http://www.saude.sc.gov.br/hospitais/hnr/serv\\_prestados.htm](http://www.saude.sc.gov.br/hospitais/hnr/serv_prestados.htm)>. Acesso em: 18 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS.



**Distribuição Espacial dos municípios de Santa Catarina com pelo menos 1 caso de AIDS notificado.** Florianópolis, 2011a. Disponível em:

<[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/MunicipiosComNotificacoesAids/Municipios\\_com\\_um\\_caso\\_de\\_AIDS\\_notificado.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/MunicipiosComNotificacoesAids/Municipios_com_um_caso_de_AIDS_notificado.pdf)>. Acesso: 07 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **27 anos da epidemia de Aids: Uma História de Lutas, Avanços, Desafios e Conquistas.** 2011b Disponível em:

<[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia\\_dst\\_aids/noticias/2011/Perfil\\_Aids\\_27\\_anos\\_Epidemia.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2011/Perfil_Aids_27_anos_Epidemia.pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2012.

SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B.C. **Acidentes do trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão.** Ciência e Saúde Coletiva - Saúde dos Trabalhadores: Velhas e Novas Questões, ABRASCO, 2005.

SANTOS, N.J.S.; MONTEIRO, A.L.C.; RUIZ, E.A.C. The first case of due to occupational in Brasil. *Brazian. Jour. Infect. Disease*, v. 6, n.3, p.140-141, 2002.

SANTOS, J.L.G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.2, p. 205-212, 2012.

SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A. Recomendações em saúde aos trabalhadores expostos a fluidos biológicos. **REME Rev Min Enfermagem**, v.12, n.3, p. 331-838, 2008.

SARQUIS, L.M.M. et al. A adesão ao protocolo de monitoramento biológico entre trabalhadores de saúde. **Cienc. enfermagem**, v.15, n.2, p.107-113, 2009.

SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 62, n.5, p. 701-704, 2009.

SÊCCO, I.A.O. et al. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no

dia-a-dia do trabalhador: desafio para a saúde do trabalhador. **Rev. Espaço para a Saúde**, v.4, n.1, p.68, 2002.

SÊCCO, I.A.O. **Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Norte do Paraná**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

SCHAURICH, D.; COELHO, D.F.; MOTTA, M.G.C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Rev. Enferm. UERJ**, v.14, n.3, p.455-462, 2006.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SILVA, A.I.D. et al. Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 36, n.124, p. 265-273, 2011.

SILVA, I.J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.3, p.697-703, 2009.

SIMÕES, M.R.L.; MARQUES, F.C.; ROCHA, A.M. O trabalho em turnos alternados e seus efeitos no cotidiano do trabalhador no beneficiamento de grãos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, p. 1070-1075, 2010.

SIQUEIRA, A.C.; SIQUEIRA, F.C.; GONÇALVES, B.G.O.G. O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Reme: Rev Min Enfermagem**, v.10, n.1, p.3-5, 2006.

SOUTO, M.C. **Projeto AIDS II e a implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, B.M.B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J Manag Prim Health Car.**, v.1, n.1, p.23-26, 2010.

SOUSA, P.K.R.; MIRANDA, K.C.L.; FRANCO, A.C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 64, n.2, p. 381-384, 2011.

SPRICIGO, L.; MADUREIRA, V.S.F. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o risco ocupacional de infecção pelo HIV. **Cienc Cuid Saúde**, v.2,n.1, p.57-65, 2003.

SPAGNUOLO, R.S.; BALDO, R.C.S.; GUERRINI, I.A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR. **Rev Bras Epidemiol.**, v.11, n.2, p.315-23, 2008.

STRAPASSON, M.R.; MEDEIROS, C.R.G. Liderança transformacional na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 62, n.2, p. 228-233, 2009.

SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. suppl.1, p. 4-5, 2011.

TAKAHASHI, R.F. **Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e aids**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TEMPORÃO, J.G. Editorial. In: BRASIL, M.S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/HIV/AIDS. **Resposta Positiva 2008: A experiência do Programa Brasileiro de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

TOLEDO, A.C.C. Conhecimento, atitudes e comportamentos frente ao risco ocupacional de exposição ao HIV entre estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v. 32, n. 5, p. 509-515, 2007.

TORTORA, G.I.; FUNKE, B.R.; CASE, C.L. Interaction between microbe and host. In: \_\_\_\_\_. **Microbiology an introduction**. California: Benjamin/ Cummings Publishing Company, 1997. p. 392-420.

TRINDADE, L.L. et al.. Trabalho de enfermagem ambulatorial: um estudo descritivo sobre as implicações na saúde do trabalhador. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.5, n.2, 2006. Disponível em: <[www.uff.br/objnursing/viewarticle](http://www.uff.br/objnursing/viewarticle)>. Acesso em: 15 nov. 2010.

UNAIDS. **Aids epidemic update: special report on HIV/AIDS**. 2006a. Disponível em <[http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006\\_EpiUpdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf)> Acesso em: 30 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. **Report on the global aids epidemic**. 2006b. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp)>. Acesso em: 13 jun. 2011.

VALIM, M.D.; MARZIALE, M.H.P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n.spe, p. 138-146, 2011.

VERMELHO, L.L.; BARBOSA, R.H.S. Aids: um desafio para a saúde coletiva. In: SZAPIRO, A.M. (Org.) **Centro de Testagem e Aconselhamento**: integrando prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 142-148.

VIEIRA, M.P.A.; PEIXOTO, M.R.C.; KHOURY, Y.M.A. **A pesquisa histórica**. São Paulo: Ática, 1989.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.C. O cotidiano das famílias que convivem com o HIV: um relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v.11, n.2, p.351-357, 2007.

\_\_\_\_\_. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro-cortante. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.4, p. 804-810, 2008.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.C.S; SANTOS, E.K.A. Histórias de vida: mãe e filho soropositivo para o HIV. **Texto Contexto Enfermagem**, v.18, n.1, p. 33-40, 2009.

VIEIRA, M.; PADILHA, M.I.; PINHEIRO, R.D.C. Análise dos

acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, p. 332-339, 2011.

VITÓRIA, M. A. Á. A experiência do Brasil no fornecimento e no acesso universal às drogas anti-retrovirais. In: PARKER, R. et al. **Respostas sociais frentes a aids**: Anais do seminário conquistas e desafios na assistência ao HIV/aids. Rio de Janeiro: ABIA, 2002, p. 18-22.

WALDVOGEL, B.C. Quantos acidentes do trabalho ocorrem no Brasil nos dias de hoje? proposta alternativa de sistema nacional de monitoramento. In. **Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro. SIMBRAST, 2007.



## APÊNDICES





## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### Dados Pessoais:

Nome completo:

Data e Local de nascimento:

Procedência:

Estado civil:

Formação/ano de formação:

Profissão: ( ) Enfermeira(o)

( ) Médico(a)

( ) Técnico

de Enfermagem

( ) Auxiliar de enfermagem

( ) Outra. Qual?

#### 1. Como se deu sua inserção no HNR?

Em que ano foi?

Por que foi trabalhar nessa instituição? Qual sua motivação?

#### 2. Como se deu sua inserção no trabalho junto às pessoas com HIV/aids?

Como vivenciou o momento do surgimento da aids no HNR?

Como se deu o conhecimento acerca da doença? Quem esteve envolvido(a)?

Qual foi sua percepção acerca do risco, vulnerabilidade diante do cuidado às pessoas com aids?

Como era o perfil, as características dos pacientes internados, no período do estudo?

Seu trabalho no cuidado, direto ou indireto, às pessoas com aids influenciou sua vida pessoal e/ou profissional?

Em suas relações familiares, sociais, como as pessoas o(a) tratavam? Houve mudanças nesse tratamento?

#### 3. Como era desenvolvido o cuidado às pessoas com HIV/aids?

Quais foram as mudanças organizacionais e estruturais ocorridas no HNR com o surgimento da aids? (processo de trabalho; elaboração de protocolos, normas; carga horária; capacitação dos

Recursos Humanos; estrutura do local).

Quem participou deste processo? E como se deu esta participação?

Quais eram e como se dava as práticas de cuidado junto as pessoas internadas por aids?

Quais foram as estratégias, medidas de biossegurança desenvolvidas e/ou adaptadas ao longo da sua prática laboral com o advento da aids? (busca e compartilhamento do conhecimento, uso dos EPIs, manuseio dos perfurocortantes, atenção/cautela no procedimento, entre outros).

#### **4. Em caso de acidente envolvendo exposição ao material biológico possivelmente contaminado:**

Quais eram as condutas, atitudes, comportamentos pós-acidente realizado? Como acontecia? O que se fazia?

Já teve algum acidente envolvendo exposição ao material biológico? Conte-me como foi? Quais as condutas? Qual sentimento diante de tal situação?

#### **5. Em relação a trajetória, desde que a aids surgiu e evolui, como você percebe a epidemia ao longo do tempo (1986-2006)?**

Qual a influência e/ou participação das políticas públicas de saúde em aids à história da epidemia?

Quais foram as melhorias voltadas à assistência às pessoas com aids? Quem participou e/ou foi responsável por este processo? Como se deu a organização dos serviços?

Quais as melhorias que o surgimento da aids trouxe ao seu processo de trabalho, as suas condições de trabalho? Quem participou e/ou foi responsável por este processo?

#### **6. A respeito dos sentimentos frente a epidemia da aids:**

Quais seus sentimentos diante do desconhecido, do primeiro contato/cuidado às pessoas que internavam por aids?

Quais os sentimentos, comportamentos, atitudes dos próprios pacientes diante o diagnóstico HIV positivo e de seus familiares? Como as famílias o(a) tratavam?

Qual a imagem que o HNR tinha frente à comunidade, antes e depois do surgimento da aids? E qual o papel da mídia neste processo?

#### **7. Quais outras lembranças, memórias daquela época, você recorda no cuidado, direto ou indireto, às pessoas com aids?**

**8. Dispõe de algum documento (fotos, revistas, jornais, relatório, entre outros) que retratam o surgimento da aids no HNR, daquela época (1986-2006)?**



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

*(de acordo com a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde-  
Resolução 196/96)*

Eu, **Mariana Vieira**, Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, venho por este meio convidá-lo(a) a participar do estudo, intitulado **Evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde às pessoas com HIV/aids, internadas em um Hospital Referência em Doenças Infecto contagiosas de Santa Catarina**: no período de 1986 a 2006, que tem por objetivo geral “Compreender a partir das memórias dos trabalhadores da saúde, de um Hospital Referência em doenças infecto contagiosas, suas estratégias de biossegurança, práticas de cuidado, comportamentos diante às pessoas com HIV/aids, no período de 1986 à 2006”.

A justificativa deste estudo está fundamentada na importância de estudar como os trabalhadores da saúde que atuaram, direta ou indiretamente, no cuidado as pessoas com HIV/aids, percebiam as situações de vulnerabilidade, risco, diante o surgimento da epidemia, no HNR, assim como, quais as estratégias de biossegurança, práticas de cuidado desenvolvidas e/ou adaptadas pelos mesmos, no cuidado às pessoas com a doença. Desta forma, mais que dar visibilidade aos trabalhadores, o presente estudo contribuirá à comunidade acadêmica para a produção de conhecimentos, assim como oportunizará aos gestores, à instituição e consequentemente aos trabalhadores que estão na ativa, a possibilidade de (re)planejar estratégias que vão além apenas de evitar os acidentes de trabalho com material biológico e sim de promover a saúde, a qualidade de vida do trabalhador em suas atividades laborais.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica, que será desenvolvida ao longo do ano de 2011. A proposta

será concretizada utilizando a História Oral, através da realização de entrevistas semi-estruturadas, em que se seguirá um roteiro previamente estabelecido. Fica garantido o anonimato/sigilo dos participantes, se estes assim o desejarem, e o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento. Este estudo não oferece riscos a quem dele participar. Os procedimentos inerentes à implementação da pesquisa requerem a sua autorização para gravação das falas em gravador digital e obtenção de fotografias que possam contribuir com a pesquisa. Para qualquer dúvida, esclarecimento adicional sobre a pesquisa ou desistência da mesma, você poderá me contatar através do telefone: (48) 9972-2595 e/ou e-mail: [nanyufsc@ibest.com.br](mailto:nanyufsc@ibest.com.br) ou a orientadora desta pesquisa, Dra. Maria Itayra Padilha pelo telefone: (48) 9962-4510 e/ou e-mail: [padilha@ccs.ufsc.br](mailto:padilha@ccs.ufsc.br)

Assinatura do pesquisador principal

---

**Mariana Vieira**

Assinatura do Orientador:

---

**Maria Itayra Padilha**

### **Consentimento Pós-Informado**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) sobre os objetivos, propósitos e procedimentos inerentes a este estudo e que recebi as explicações inerentes à confidencialidade das informações e direito de desistir. Estando ciente destas orientações, estou de acordo em participar da pesquisa e que os dados coletados na entrevista serão utilizados para delineamento deste estudo.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**





# ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO AO MATERIAL BIOLÓGICO

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Nº

**Definição de caso:** Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.  
Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Z20.9	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto. casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados de Residência	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		
	34 Registro/ CNPJ ou CPF	35 Nome da Empresa ou Empregador		
Antecedentes Epidemiológicos	36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF	38 Município	Código (IBGE)
	39 Distrito	40 Bairro	41 Endereço	
	42 Número	43 Ponto de Referência	44 (DDD) Telefone	
Antecedentes Epidemiológicos	45 O Empregador e Empresa Terceirizada	46		
	1 - Sim	2 - Não	3 - Não se aplica	4 - Ignorado

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

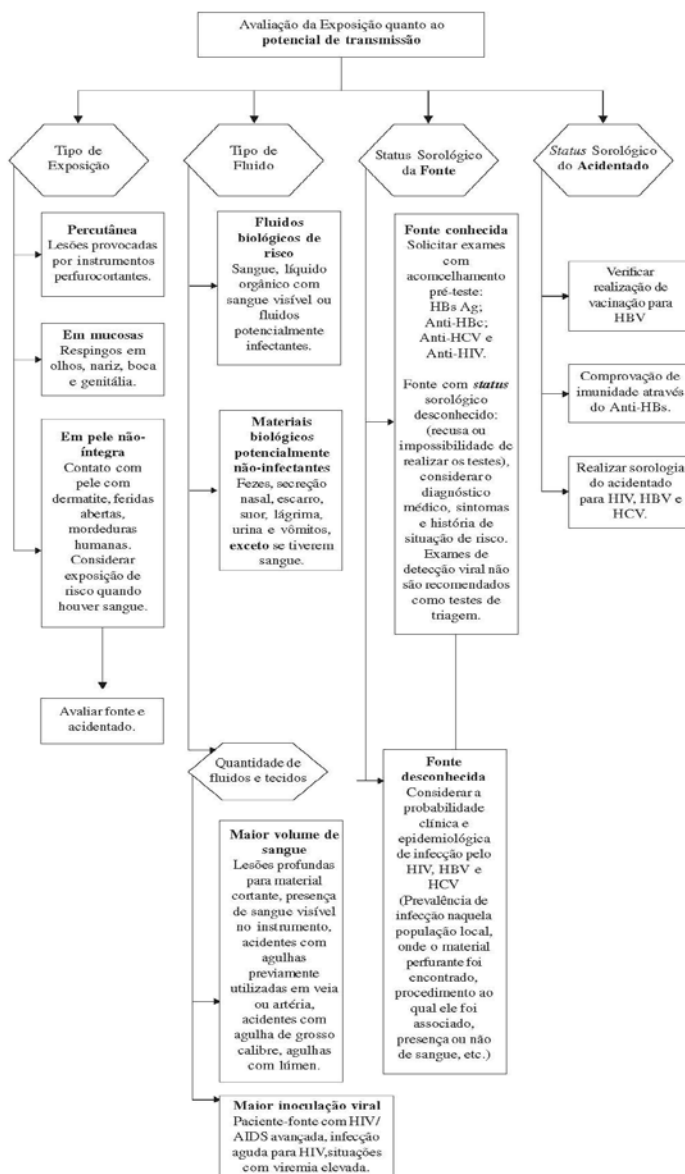
SVS

27/09/2005

Acidente com material biológico	46 Tipo de Exposição		<input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ocular)		<input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Pele não íntegra		<input type="checkbox"/> Outros _____	
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado							
	47 Material orgânico		2- Líquor		3- Líquido pleural		4- Líquido ascítico	
	1- Sangue		6- Fluido com sangue		7- Soroplasma		8- Outros: _____	
	5- Líquido amniótico							
	48 Circunstância do Acidente		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           01 - Administ. de medicação endovenosa            02 - Administ. de medicação intramuscular            03 - Administ. de medicação subcutânea            04 - Administ. de medicação intradérmica            05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue            06 - Punção venosa/arterial não especificada            07 - Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo            08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc...         </div> <div>           09 - Lavanderia            10 - Lavagem de material            11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante            12 - Procedimento cirúrgico            13 - Procedimento odontológico            14 - Procedimento laboratorial            15 - Dextro            16 - Recape            98 - Outros            99 - Ignorado         </div> </div>					
	49 Agente		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           1- Agulha com lúmen (luz)            5 - Lâmina/lançeta (qualquer tipo)         </div> <div>           2 - Agulha sem lúmen/madpa            6 - Outros         </div> <div>           3 - Intracath            9 - Ignorado         </div> <div>           4 - Vidros         </div> </div>					
	50 Uso de EPI (acela mais de uma opção)		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> LUVA  <input type="checkbox"/> Avental  <input type="checkbox"/> Óculos         </div> <div> <input type="checkbox"/> Máscara  <input type="checkbox"/> Proteção facial         </div> <div> <input type="checkbox"/> Bota         </div> </div>					
	51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses)		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           1- Sim            2- Não            9- Ignorado         </div> <div>           52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO)            1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 9- Ignorado  <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV         </div> </div>					
	53 Paciente Fonte Conhecida?		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           1- Sim 2- Não 9- Ignorado         </div> <div>           54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos?            1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não Realizado 9- Ignorado  <input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc  <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV         </div> </div>					
Conclusão	55 Conduta no momento do acidente		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           1- Sim 2- Não 9- Ignorado  <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia  <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada  <input type="checkbox"/> AZT+3TC         </div> <div> <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir  <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir  <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)         </div> <div> <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B  <input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____         </div> </div>					
	56 Evolução do Caso		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           1- Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____)            4- Abandono         </div> <div>           2- Alta sem conversão sorológica            5- Óbito por acidente com exposição à material biológico         </div> <div>           3- Alta paciente fonte negativo            6- Óbito por Outra Causa         </div> <div>           9- Ignorado         </div> </div>					
	57 Se Óbito, Data		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho            1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado         </div> </div>					
<b>Informações complementares e observações</b>								
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 10px;"></div>								
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>								
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura			
Acidente de trabalho com exposição à material biológico				Sinan Net		SVS 27/09/2005		

## ANEXO B – AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO NO ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

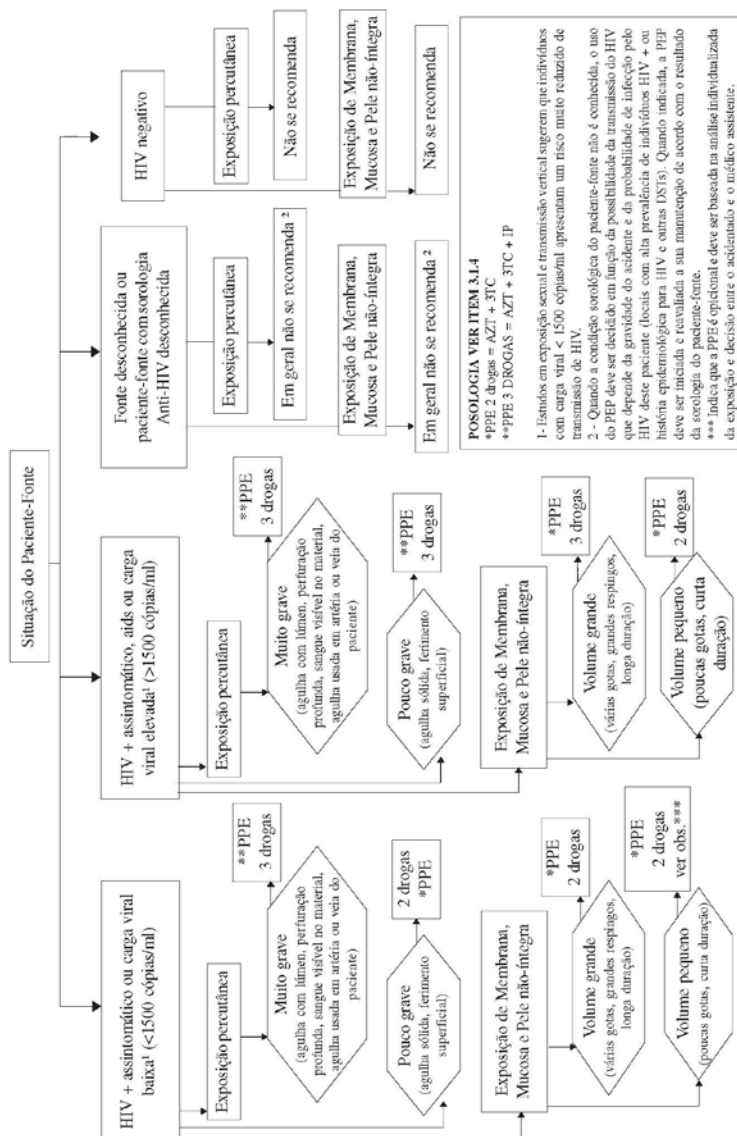
### *Avaliação da exposição no acidente com material biológico*





## ANEXO C – ESQUEMA QUIMIOPROFILÁTICO ANTIRRETROVIRAL APÓS ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO AO HIV

*Esquema Quimioprofilático Indicado (HIV)*





## ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DA PESQUISA PELO HOSPITAL NEREU RAMOS



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Nereu Ramos

### DECLARAÇÃO (responsável pela instituição)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Evolução do cuidado aos pacientes com HIV/aids, na perspectiva das memórias dos trabalhadores de enfermagem, no período de 1986 à 2006**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 02/08/2010



Dr. Antônio Fernando Barreto Miranda  
Diretor  
HOSPITAL NEREU RAMOS

---

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL





## NEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

[http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto\\_cep/cer...](http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 920

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 920 FR: 360452

TÍTULO: Evolução do cuidado aos pacientes com HIV/AIDS, na perspectiva das memórias dos trabalhadores de enfermagem, no período de 1986 à 2006

AUTOR: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Mariana Vieira

FLORIANÓPOLIS, 30 de Agosto de 2010

*Magdalena Kowich*  
Coordenadora do CEPSH UFSC



**ANEXO F – FOTOS DO HNR**

**Foto 1** – Frente do HNR. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível no Arquivo da Biblioteca do HNR).



**Foto 2** – Frente do HNR. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível no Arquivo da Biblioteca do HNR).



**Foto 03** - ALA 5 do HNR (Parte Externa). Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível no Arquivo da Biblioteca do HNR).



**Foto 04** - ALA 5 do HNR - Parte Interna. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível no Arquivo da Biblioteca do HNR).



**Foto 05** - Ambulatório do HNR - Sala de Procedimento. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível no Arquivo da Biblioteca do HNR).



**Foto 06** - Ambulatório do HNR – Consultório. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível no Arquivo da Biblioteca do HNR).



**Foto 07** - Centro Cirúrgico do HNR. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível no Arquivo da Biblioteca do HNR).



**Foto 08**

**Foto 09**

**Foto 08** - Isopor para transporte dos Tubos de Ensaio com sangue dos pacientes ao Laboratório de Sangue. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível pelo sujeito do estudo E 3).

**Foto 09** – Caixa com divisórias criada pelos trabalhadores da saúde do HNR para o transporte seguro dos Tubos de Ensaio com sangue dos pacientes ao Laboratório de Sangue. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível pelo sujeito do estudo E 3).



**Foto 10** – Vasilha resistente para o descarte do material pérfurocortante com material biológico /Adaptado pelos trabalhadores do HNR decorrente ao surgimento da aids. Foto sem data - aproximadamente final da década de 1980. (Disponível pelo sujeito do estudo E 3).